

Psicología y Educación para la Salud

Comps.

José Carlos Núñez

José Jesús Gázquez

M^a del Carmen Pérez-Fuentes

M^a del Mar Molero

África Martos

Ana Belén Barragán

M^a del Mar Simón

Edita: SCINFOPER

Psicología y Educación para la Salud

Comps.

José Carlos Núñez Pérez
José Jesús Gázquez Linares
M^a del Carmen Pérez-Fuentes
M^a del Mar Molero Jurado
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
M^a del Mar Simón Márquez

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Psicología y Educación para la Salud”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-6848-8

Depósito Legal: AL 2317-2017

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Educación durante la infancia y la adolescencia

CAPÍTULO 1

Impacto de la educación sexual en adolescentes

Cristina Macias Villanego, María Ogalla Flores, y Gemma Real Organvidez 13

CAPÍTULO 2

Programa de optimización de la moderación en jóvenes institucionalizados

Violeta Esmeralda Expósito Boix y María Elizabeth Caicedo Mosquera 19

CAPÍTULO 3

Análisis de la agresión en un contexto escolar marginado

Sara Arely Cobos González, María del Pilar Roque Hernández, Valeria López Rojas, Paola Jazmín Tirado Lara, y Sbeyde Isamar Castillo Macías 25

CAPÍTULO 4

Nivel de actividad física y motivación académica

Iago Portela Pino y Margarita Pino-Juste 37

CAPÍTULO 5

Aproximación neuropsicológica a los subtipos del TDAH en la edad escolar

Cristina Ferreras Álvarez 45

CAPÍTULO 6

Resiliencia y actividad física: Indicador de salud en la práctica deportiva adolescente

Sara Bretón Prats, Mar Cepero González, Rosario Padial Ruz, Antonio José Pérez Cortés, Silvia San Román Mata, y Manuel Castro Sánchez 55

CAPÍTULO 7

Modelo integrador de los componentes de la personalidad y la inteligencia emocional

Ana Parodi Úbeda y Víctor Belmonte Lillo 63

CAPÍTULO 8

Influencia de los programas de caricaturas en la manifestación de conductas violentas en los niños de 4 a 6 años de edad, del preescolar María Enriqueta

Gabriela Gallardo Conejo y Raúl Alejandro Gutiérrez García 71

CAPÍTULO 9

Influencia de una Orientación Psicoeducativa en el Rendimiento Académico de Alumnos de Secundaria

Antonio Abraham Martínez Rodríguez y Raúl Alejandro Gutiérrez García 79

CAPÍTULO 10

Apoyo comunitario percibido en jóvenes melillenses

Lucía Herrera Torres, Rafael López Cordero, María del Carmen Olmos Gómez, y María Tomé Fernández 93

CAPÍTULO 11

La percepción de metas de vida en adultos jóvenes que no estudian ni trabajan de México y España

Raúl Alejandro Gutiérrez García y María de la Villa Moral Jiménez 101

CAPÍTULO 12

Programas de intervención familiar: Características e importancia en el desarrollo infantil

Alicia Benavides Nieto, Miriam Romero López, Trinidad García Berben, Ana Belén Quesada Conde, y M. Carmen Pichardo Martínez 107

CAPÍTULO 13

Análisis de las actividades de tiempo libre que promueven el bienestar subjetivo en la adolescencia

Nieves Fátima Oropesa Ruiz 115

CAPÍTULO 14

La influencia de los rasgos de personalidad en las conductas antisociales y delictivas en adolescentes privadas de libertad en Guatemala

Silvia Lucrecia Izeppi, Glenda Azucena Zamora Hernández, y Regina del Rosario Girón Guerra..... 123

Familia y estilos de aprendizaje

CAPÍTULO 15

El apego adulto de la madre como factor de transmisión generacional del estilo de afrontamiento en personas afectadas por acoso laboral

Laura Quiun Montes..... 131

CAPÍTULO 16

Comparación entre la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Universidad Autónoma de Baja California Sur (UABCS) a partir de la tipología jungiana y su aporte a la orientación educativa

Hilda Beatriz Salmerón García 139

CAPÍTULO 17

Um programa visando a convivência ética e a melhoria do clima escolar realizado em escolas brasileiras

Telma Vinha, Cesar Augusto Amaral Nunes, Luciene Regina Paulino Tognetta, y José María Avilés Martínez..... 147

CAPÍTULO 18

Bienestar mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios: Un programa de psicología positiva

Delia Arroyo Resino y María Aranzazu Carrasco-Temiño..... 155

CAPÍTULO 19

Análisis del orden en el que el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen deberían aparecer en el proceso de maduración personal para alcanzar el bienestar emocional

María Silvia López Alonso..... 165

CAPÍTULO 20

El modelo Cultuaua y sus implicaciones con los paradigmas educacionales

María Eugenia Martín Palacio, Clara González Uriel, Juan Pablo Pizarro Ruiz, y Andrea Arnaiz García 173

CAPÍTULO 21

Las habilidades sociales en los contextos escolares

Lady Mayerli Vergara Estupiñán y Virgelina Castellanos Páez 181

CAPÍTULO 22

Aprendizaje basado en proyecto en prácticas de licenciatura en psicología

María de Guadalupe Valle Macías y Raúl Alejandro Gutiérrez García 187

CAPÍTULO 23

Estrés y el rendimiento académico en jóvenes universitarios de la Universidad de Lasalle Bajío Salamanca Guanajuato

Iñigo Joan Ortega Nilo y Raúl Alejandro Gutiérrez García..... 195

CAPÍTULO 24

Rediseño de un manual de laboratorio para biología II, en preparatoria

Blanca Lidia García Pérez y Raúl Alejandro Gutiérrez García..... 205

CAPÍTULO 25

Relación entre la motivación autodeterminada, la práctica de actividad física y el bienestar en jóvenes universitarios

Lorena González García y Patricia Mesa-Gresa 215

CAPÍTULO 26

Parentalidad positiva y desarrollo escolar de los hijos

María Ángeles Cano Muñoz..... 223

CAPÍTULO 27

Comunicación de los padres de familia con hijas que experimentan la menarca

Irene Guadalupe Medina Lara y Raúl Alejandro Gutiérrez García..... 229

CAPÍTULO 28

Estrategias musicoterapéuticas para el desarrollo de competencias emocionales intrapersonales en alumnado del grado de maestro en primaria

Luis Alberto Mateos Hernández y María Cruz Pérez Lancho 237

CAPÍTULO 29

La inteligencia emocional en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Ana B. Barragán, M^a del Mar Molero, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Simón, África Martos, Carmen M^a Hernández-Garre, y José Jesús Gázquez.....243

CAPÍTULO 30

Análisis de las características sociodemográficas y laborales de los TCAE

Carmen M^a Hernández-Garre, M^a del Mar Molero, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Simón, Ana B. Barragán, África Martos, y José Jesús Gázquez.....249

CAPÍTULO 31

Innatismo moral o Moral aprendida, un cambio (necesario) de perspectiva en el Desarrollo Moral

M^a del Pilar Quiroga Méndez.....257

Profesionales

CAPÍTULO 32

Desgaste profesional del personal de enfermería en las urgencias hospitalarias

María Ogalla Flores, Gemma Real Organvidez, y Cristina Macías Villanego.....267

CAPÍTULO 33

Los efectos del síndrome de burnout en profesionales de la salud: recursos y estrategias para afrontarlo

María José Rueda Godino, José Antonio Agudo Caballero, y Juan José Abarca Anguita.....273

CAPÍTULO 34

Satisfacción del profesorado de Educación Primaria desde la perspectiva laboral y profesional

Isabel Cantón Mayo, Ruth Cañón Rodríguez, y Sheila García Martín277

CAPÍTULO 35

Niveles de ansiedad en el futuro docente de enseñanzas artísticas

Paula de Castro Fernández.....285

CAPÍTULO 36

Revisión bibliográfica sobre el burnout en los profesionales de la fisioterapia

Ismael Hevia Cabeza, Antonio David Sánchez Sánchez, y Angela López Sánchez.....293

CAPÍTULO 37

Resiliencia y afrontamiento en trabajadores españoles

María José Fínez Silva299

CAPÍTULO 38

Vocación profesional en la policía local: Motivación, autoconcepto e influencia familiar y social

Yolanda Navarro Abal y José Antonio Climent Rodríguez..... 307

Diagnóstico, tratamiento y envejecimiento

CAPÍTULO 39

La Psicología Positiva en la investigación del envejecimiento: Revisión del estado emocional en la vejez

María Antonia Parra-Rizo..... 315

CAPÍTULO 40

Importancia de la detección de la depresión posparto: incidencia y factores de riesgo

Silvia Barberi García, Susana Ayllón Beltrán, y María del Carmen Ruiz-Henestrosa Niño..... 321

CAPÍTULO 41

La Importancia de la suplementación yódica durante la gestación con diferentes dosis de yodo y desarrollo neuromotor de la prole

Maria Berrio Miranda 329

CAPÍTULO 42

Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

María del Pilar Segura Sánchez, Elena del Águila Cano, y Ana María García Miranda..... 337

CAPÍTULO 43

Mejora del recuerdo a largo plazo en envejecimiento normal y patológico: entrenamiento bajo consecuencias diferenciales

Michael Molina Venegas y Victoria Plaza..... 343

CAPÍTULO 44

Variables asociadas al duelo complicado tras sufrir la muerte traumática de un ser querido: Una revisión sistemática

Mari Carmen Mañas Padilla..... 349

CAPÍTULO 45

Análisis de las características, prevalencia e intervención en el trastorno obsesivo compulsivo desde la perspectiva enfermera

Leticia López Rivas, Pablo Tortosa Tortosa, y Francisca López Gutiérrez..... 361

CAPÍTULO 46

Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia rs-14 en euskera

Estibaliz Ramos-Díaz, Iratxe Antonio-Agirre, e Iván De Jesús Moronta Tremols 367

CAPÍTULO 47

Alexitimia: factor de riesgo en ansiedad y depresión en mujeres

Encarnación Lozano Galván375

CAPÍTULO 48

Envejecimiento activo desde la educación: Análisis de buenas prácticas en el programa universitario para mayores de la Universidad de Oviedo

M^a Ángeles Pascual Sevillano y Javier Fombona Cadavieco.....381

CAPÍTULO 49

Revisión sobre el maltrato infantil por poderes

Isabel María Uroz Martín, Gloria González Moreno, y Belén Espinosa Alcocer389

CAPÍTULO 50

Educación para la salud a través del visible thinking

Manuel Cañas Encinas, Ruth Pinedo González, y Noelia García Martín393

CAPÍTULO 51

Perfil de sueño en una población universitaria

Carlos Caballero Arias403

CAPÍTULO 52

La valoración de la situación de dependencia y acceso a atención temprana

M^aÁngeles Viforcós Fernández415

CAPÍTULO 53

El nivel de actividad física/sedentarismo y su relación con los días de enfermedad en la población adulta y adulta-mayor

Juan Antonio Corral Pernía, Carolina Castañeda Vázquez, y Fátima Chacón Borrego.423

CAPÍTULO 54

El efecto stroop: Una APP diseñada para el entrenamiento habilidades cognitivas de dominio general

Carlos Mera Cantillo431

CAPÍTULO 55

Autolesiones en adolescentes de México

Montserrat Jaramillo González y Raúl Alejandro Gutiérrez García441

CAPÍTULO 56

Diseño y evaluación de un programa piloto para la mejora de la autoestima en una muestra de personas mayores

Silvia Petkova Petkova y Antonio Caballer Miedes447

CAPÍTULO 57

Reflexión sobre la sensibilidad materna y su relación con algunas variables psicológicas

Nieves Fátima Oropesa Ruiz455

Educación durante la infancia y la adolescencia

CAPÍTULO 1

Impacto de la educación sexual en adolescentes

Cristina Macías Villanego*, María Ogalla Flores**, y Gemma Real Organvidez***

Viamed Bahía de Cádiz*; *Enfermera eventual SAS*; ****Hospital de Jerez*

Introducción

La adolescencia es el periodo de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años, diferenciando adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y adolescencia tardía (de 15 a 19 años). En el primer periodo de la adolescencia, comienzan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios, iniciándose fantasías sexuales, incertidumbre por la apariencia y preocupación por los cambios puberales. En la adolescencia media y tardía aumenta la experimentación sexual (Carrión y Blanco, 2012).

Durante este período de desarrollo humano se producen importantes cambios que incluyen aspectos biopsicosociales de la persona. Es muy importante la educación y formación de los jóvenes en sexualidad, para que lo vean como parte de su desarrollo y sepan valorar sus conductas y consecuencias, concienciándose de los riesgos a los que se exponen (Toledo et al., 2000).

Podemos definir sexualidad como una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en la que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan esa sexualidad, proporcionando la fisiología y morfología del cuerpo. La sexualidad de cada uno va a depender de un contexto cultural influenciado por variables psicológicas, etnia, sexo biológico, edad y economía (Montero, 2011).

Los cambios sexuales más significativos se producen en esta etapa, iniciándose con cambios biológicos de la pubertad y finalizando con la incorporación al mundo social de los adultos. Según Shutt-Aine y Maddaleno (2003) la pubertad es diferente en varones y mujeres; en el sexo femenino se inicia a una edad más temprana teniendo una duración menor que en los varones adolescentes. En las chicas se caracteriza por un aumento hormonal, realizando cambios estéticos como aumento de pecho, caderas, vello púbico y axilar y la menarquia. Esto ocurre entre los 9 y los 11 años de edad, con una duración de unos cuatro años. En los varones se aprecia la pubertad por un estirón del crecimiento, aumento testicular, engrosamiento de la voz, espermarquia y aparición de vello púbico y facial. Esta etapa comienza entre los 11 y los 15 años, pudiendo alargarse hasta los 20 o 21 años (Juszczak y Sadler, 1999; Santrock, 1998; Silber et al., 2006).

Se está determinando que la maduración endocrinosexual es cada vez más precoz y esto, unido a que la madurez psicosocial se distancia cada vez más de ella, hace que el aspecto biopsicosocial evolucione de manera disarmónica, puesto que cada aspecto evoluciona a un ritmo diferente. Su sumamos a todo lo anterior, que en la nueva sociedad que vivimos el matrimonio, la capacitación laboral y otros factores necesarios para ingresar en el mundo adulto se han retrasado, nos damos cuenta de que los adolescentes están preparados biológicamente para desarrollar su capacidad reproductiva, sin estar preparados socialmente ni psicológicamente para asumir las consecuencias de dicha actividad sexual y reproductiva en la edad adulta (Toledo et al., 2000).

Desde hace décadas se han identificado en la sociedad conductas sexuales de riesgo, donde la educación sexual integral forma una importante base en la prevención de muchas enfermedades de transmisión sexual, aportando una importante base para una sexualidad sana, responsable y libre de riesgos en poblaciones jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 1993). Se ha determinado que para poder reducir las conductas sexuales de riesgo, es adecuado dar información clara y objetiva de la sexualidad, y formar a adolescentes en habilidades para resistir las presiones que les llevan a ser activos

sexualmente sin protección (De-la-Barrera y Pick, 2006; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Por todo lo descrito, vemos la necesidad de realizar un estudio acerca del impacto de la educación sexual en adolescentes con el objetivo de determinar la relevancia de esta educación en los adolescentes, e incidir en la importancia de este tipo de formación por parte de las instituciones de salud

Método

Participantes

Dos clases de alumnos de 3º de la ESO; cada clase formará un grupo de estudio, formado por 25 adolescentes cada uno, con alumnos de entre 14 y 16 años. Se han seleccionado los grupos de forma que ninguno de los participantes haya acudido previamente a cursos o charlas de educación sexual y reproductiva. El grupo 1 está formado por 15 adolescentes femeninas y 10 masculinos, mientras que en el grupo 2 habrá 17 chicas y 8 chicos.

Instrumento

Para realizar este estudio, utilizaremos un test anónimo de elaboración propia (Ver Anexo 1).

Procedimiento

Se pasará el test inicialmente para determinar los conocimientos que tienen los alumnos de ambas clases de 3º de la ESO en relación a la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, riesgo de embarazo y relaciones sexuales seguras.

Tras la realización del test, el grupo 1 tendrá una formación sobre sexualidad de dos horas de duración por parte de personal sanitario, mientras el grupo 2 no dispondrá de ella.

Después de esta formación, se volverá a encuestar a los componentes del grupo 1 para evaluar el impacto de dicha charla en los jóvenes, así como comparar con el 2º test realizado en el mismo día al grupo 2 (dos días después de la formación).

-Análisis de datos: Realizaremos un estudio experimental prospectivo.

La forma de analizar los siguientes resultados será la siguiente:

< 5 aciertos: riesgo alto de contraer enfermedad de transmisión sexual o embarazo no deseado.

5-7 aciertos: riesgo medio de contraer enfermedad de transmisión sexual o embarazo no deseado.

8-10 aciertos: riesgo bajo de contraer enfermedad de transmisión sexual o embarazo no deseado.

Resultados

Se obtienen los siguientes resultados previos a la educación sexual recibida.

Grupo 1:

Uno de los encuestados obtuvo 1 punto, tres de ellos tuvieron 2 puntos, trece estudiantes puntuaron 3, cinco de ellos consiguieron 4 puntos, sólo uno consiguió 6 puntos y dos de los encuestados obtuvieron 6 puntos.

Grupo 2:

Cinco personas obtuvieron 1 punto, ocho lograron 2 puntos, otros ocho 3, dos adolescentes consiguieron 4 puntos, uno 5 puntos y un último estudiante obtuvo 6 puntos.

Se le imparte el curso de formación al grupo 1, y tras ello, se vuelve a realizar el test a ambos grupos a la vez, obteniendo los siguientes resultados:

Grupo 1:

Siete adolescentes obtienen 7 puntos, ocho estudiantes consiguen 8 puntos, seis encuestados logran 9 puntos y cuatro de ellos obtienen 10 puntos.

Grupo 2:

Tres personas consiguen 1 punto, cinco de ellos obtienen 2 puntos, seis consiguen 3 puntos, cuatro estudiantes obtienen 4 puntos, cuatro logran 5 puntos y tres de ellos consiguen 6 puntos.

Discusión/Conclusiones

Analizando los resultados descritos anteriormente del test realizado antes de la formación sexual, en el grupo 1 se puede afirmar que un 88% de los encuestados se encuentran en riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado, obteniendo 1 punto en el 4% de los casos, 2 puntos en el 12% de ellos, 3 puntos obtenidos por el 52% de la muestra y 4 puntos el 20% de los encuestados. Hay riesgo medio de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado en el 12% de los menores, desglosando este porcentaje en un 4% aquellos que obtuvieron 5 puntos y un 8% consiguieron 6 puntos.

En el grupo 2, en la encuesta realizada inicialmente, un 92% tienen riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado y un 8% tienen riesgo medio. Dentro del 92% que tienen riesgo alto, el 20% contestó acertadamente sólo una pregunta, el 32% obtuvo 2 puntos, otro 32% consiguió 3 puntos y un 8% obtuvo 4 puntos, mientras que en el 8% de los que tienen un riesgo medio de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado, el 4% acertó 5 puntos y el otro 4% restante obtuvo 6 puntos.

Dos días después de las dos horas de formación en el aula del instituto en cuestión al grupo 1, los resultados que se obtienen en el test son los siguientes:

Hay riesgo medio de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado en un 28% de los casos encuestados, mientras que un 72% de ellos están en riesgo bajo y ninguno de los encuestados tiene alto riesgo. El 28% de los adolescentes con riesgo medio han obtenido 7 puntos en el test realizado, mientras que el 72% de los que tienen un riesgo bajo se puede desglosar de la siguiente manera: 8 puntos (32%), 9 puntos (24%) y 10 puntos (16%).

En el caso del grupo 2, y teniendo en cuenta que no se le ha impartido educación sexual a los miembros de este grupo, se le vuelve a realizar el test el mismo día que a los del grupo 1, obteniendo que el 72% de los encuestados siguen teniendo un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado y el 28% tiene un riesgo medio. Dentro del 72% en riesgo alto, se obtienen los siguientes datos: 1 punto (12%), 2 puntos (20%), 3 puntos (24%) y 4 puntos (16%). En el 28% con riesgo medio obtuvimos: 5 puntos (16%) y 6 puntos (12%).

Se puede determinar con este estudio, el aumento significativo de los conocimientos de los alumnos que reciben formación, así como la actitud más segura de aquellos que ya habían mantenido relaciones sexuales, de acuerdo con los autores Toledo et al. (2000).

También se coincide con Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo (2013) en que los alumnos quieren y necesitan esta educación, pero no son capaces de manifestarlo abiertamente por diferentes causas, como pueden ser vergüenza, malos pensamientos, creencias infundadas o aspectos psicosociales.

Al igual que refiere Lanza, Bembibre, Soto y Martín (1999), el cambio anterior a la formación y posterior a ella es altamente notable, dejando a la vista la importancia y el alto impacto de nuestra formación en los adolescentes. En esto también coinciden los autores Hernández et al. (2009).

Se puede concluir que en el grupo 1, todos los que tenían un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado ha adquirido suficientes conocimientos para mejorar sus aptitudes frente a las relaciones sexuales, por lo que ninguno de ellos están presentes en este rango una vez realizada la formación, pasando a tener un riesgo medio o bajo. Esta mejoría se aprecia de forma notable en los adolescentes que se encuentran en riesgo bajo, ya que en el primer test no había ningún encuestado en este rango, y tras la formación, el 72%, es decir, la mayoría de los alumnos que han recibido la educación sexual, mejoran sus conocimientos y aptitudes, siendo conscientes de la importancia de llevar a cabo una práctica sexual segura.

En el grupo 2 se puede apreciar un cambio sustancial de los resultados obtenidos, disminuyéndose un 20% en la segunda encuesta, el riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo no deseado y aumentando así, ese 20% en los adolescentes con riesgo medio. Dicha mejoría puede ser por la propia iniciativa o interés de los propios encuestados por mejorar sus conocimientos ante este tema, buscando información en fuentes externas como familia, amigos, redes sociales o webs relacionadas.

Aun así no es comparable el aumento de los conocimientos entre ambos grupos, ya que la formación recibida por personas expertas, así como los medios audiovisuales con imágenes impactantes de enfermedades de transmisión sexual, explicación de diferentes métodos anticonceptivos, haciendo hincapié en que la anticoncepción de urgencia o comúnmente “píldora del día después”, no es un método anticonceptivo ni previene las enfermedades de transmisión sexual; relatos de personas afectadas y la práctica con material lúdico sobre el tema en cuestión, son los métodos más adecuados para una correcta formación y concienciación del riesgo que se produce al mantener relaciones sexuales irresponsables.

Por lo tanto, podemos concluir que este tipo de formación es importante como método de prevención primaria dentro de la salud pública, sobre todo en este grupo de edad, ya que se comienza a experimentar la actividad sexual sin tener una pareja estable.

Es importante que los profesionales que impartan dicha formación tengan el apoyo de las instituciones y unos adecuados conocimientos en el tema, para que se transmitan correctamente y de la forma más efectiva posible.

Referencias

- Carrión, J.R., y Blanco, C.I.T. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 519-524.
- Cervera, J.G., Campos, E.F.P., y Cano, J.P. (2001). Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Generalidades y prevención. Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. En *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos* (539-579). Zaragoza: NO Reproducciones SA.
- De-la-Barrera, C.P., y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *R. interam. Psicol*, 40, 3.
- González, J.C. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública*, 11(1), 14-26.
- Hernández-Martínez, A., García-Serrano, I., Simón-Hernández, M., Coy-Auñón, R., García-Fernández, A. M., Liante-Peñarrubia, E., y Mateos-Ramos, A. (2009). Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enfermería Clínica*, 19(3), 121-128.
- Juszczak, L., y Sadler, L. (1999). Adolescent development: setting the stage for influencing health behaviors. *Adolescent medicine (Philadelphia, Pa.)*, 10(1), 1-11.
- Lanza, M.D.R., Bembibre, R., Soto, A., y Martín, G. (1999). Impacto del programa crecer en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 32-35.
- Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista médica de Chile*, 139(10), 1249-1252.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC: Autor.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M.E., y Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Salgado, M.V., y Esquete, J.P. (2010). Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Revista Internacional de Andrología*, 8(2), 74-80.
- Santrock, J.W. (1998). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.

Shutt-Aine, J., y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS.

Silver, E.J., y Bauman, L.J. (2006). The Association of Sexual Experience with Attitudes, Beliefs, and Risk Behaviors of Inner-City Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 16(1), 29-45.

Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., Murray, N., Molina, T., y Villegas, R. (2000). Impacto del programa de educación sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 7(3), 73-86.

Vásquez, M.L., Argote, L.Á., Castillo, E., Mejía, M.E., y Villaquirán, M.E. (2005). La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. *Colombia médica*, 36(3, 2), 33-42.

CAPÍTULO 2

Programa de optimización de la moderación en jóvenes institucionalizados

Violeta Esmeralda Expósito Boix* y Maria Elizabeth Caicedo Mosquera**

*Graduada/o en Psicología; **Fundación Arzobispo Miguel Roca-Proyecto Hombre

Introducción

El programa presentado se centra en optimizar la moderación entre los dieciocho y veinticinco años que están institucionalizados en centros para la deshabituación de las sustancias psicoactivas.

Partiendo del modelo psicosocial de Erikson se trabajan las siguientes tareas vitales, las cuales se consideran de riesgo para la iniciación en conductas adictivas. En primer lugar, la identidad vs confusión de papeles (aproximadamente hasta los 18 años) donde la necesidad prioritaria de los jóvenes es la búsqueda de identidad, por ello, el grupo de pares cobra especial importancia, ya que será el referente principal para formar el autoconcepto. En segundo lugar, intimidad vs aislamiento (20-25 años), en la que los jóvenes comienzan a tener y buscar relaciones más íntimas, que impliquen un cierto compromiso con otras personas y llevan a desarrollar relaciones de apego, amor o amistad.

Por otro lado, se basa en el modelo de Peterson y Seligman (2004) donde se describen 24 fortalezas humanas agrupadas en 6 grandes virtudes: sabiduría y conocimiento, valor, amor y humanidad, justicia, espiritualidad o trascendencia y, destacando para el abordaje de las adicciones a sustancias tóxicas, la templanza o moderación, la cual se trabaja en el programa. Se define como “el conjunto de fortalezas que protegen contra el exceso y facilitan la expresión apropiada y moderada de los apetitos y necesidades” (Giménez, Vázquez, y Hervás, 2010). Las fortalezas que constituyen esta virtud son las siguientes:

- Capacidad de perdonar y compasión: cualidad de reconocer el daño que los demás te han ocasionado y aceptarlos otorgándoles una segunda oportunidad. Por otro lado, la compasión está dirigida a reducir el sufrimiento y provocar bienestar en la otra persona. En ella, se incluyen estas dimensiones: 1) emocional: el sufrimiento despierta emociones que nos llevan a actuar de una determinada manera, 2) conductual: la persona se compromete a llevar a cabo conductas que reduzcan el sufrimiento y 3) cognitiva: se atiende y evalúa el malestar de la otra persona, además de las propias habilidades para disminuirlo. Además, la compasión puede estar focalizada hacia nosotros mismos (autocompasión) y según Neff (2003) este concepto estaría formado por tres componentes: 1) amabilidad con uno mismo: ser tolerantes ante el fracaso e intentar animarnos para enfrentar futuros retos, 2) humanidad compartida: considerar el sufrimiento como parte normal de la vida sin intentar minimizarlo, ocultarlo o negarlo tanto ante uno mismo como ante los demás y 3) mindfulness: atención plena hacia el cuerpo, las emociones y pensamientos en el momento presente sin juzgarlos.

- Humildad: capacidad para reducir el egocentrismo derivado de los éxitos personales reconociendo las propias limitaciones y ser capaz de valorar a las personas tal y como son.

- Prudencia: ser consciente de las consecuencias positivas o negativas de tus propias decisiones actuando sin asumir riesgos innecesarios.

- Autorregulación: capacidad para gestionar nuestras emociones y conductas para la consecución de metas personales. Esta fortaleza también se conoce por el nombre de autocontrol (American Psychological Association, 1973) y tiene los siguientes componentes (Capafons y Silva, 1995):

1. Retroalimentación personal: hace referencia al conocimiento de uno mismo y las razones por las que se actúa de una determinada manera.

2. Retraso de la recompensa: aunque existan estímulos inmediatos que resulten más agradables, la persona continúa en la tarea que empezó hasta terminarla.

3. Autocontrol criterial: capacidad para afrontar y tolerar situaciones estresantes.

En cuanto al autocontrol (o autorregulación), se puede intervenir entrenándolo a través de la auto-observación mediante autorregistros, el establecimiento de objetivos y el entrenamiento en técnicas concretas (autorrefuerzo, modelado...) y posterior feedback una vez aplicadas en un contexto determinado. En esta línea, se han creado diversos talleres y programas para mejorar el autocontrol, por ejemplo, el programa de intervención para desarrollar la responsabilidad personal y social (Hellison, 1995), programa Ulises (Comas-Verdú, Moreno-Arnedillo, y Moreno-Arnedillo, 2002) para el control emocional, el taller de control de impulsos (Cano-Nöltling, 2012), PAHS (Monjas, 2016) y programa de resolución de conflictos en centros de menores (Lombraña-García, 2012) para trabajar la asertividad y las habilidades sociales o el programa de enseñanza de habilidades sociales, autocontrol de Goldestein adaptado a adolescentes entre quince y dieciocho años (Gutiérrez-Fajardo y Puertas-Paredes, 2013), además del programa de Almería para gestionar el enfado (Garriga-Infantes, López-Ríos, Molina-Moreno, y Langer Herrera, 2011).

Muy ligado a esto, se encuentra la fortaleza de prudencia, la cual se ha trabajado mediante el aumento del pensamiento crítico, la mejora del proceso de toma de decisiones y fortaleciendo la reflexión sobre la información que se recibe cada día. Algunos programas que trabajan estos aspectos son "Di no" (Delgado-Arcos, Pablos-Márquez, y Sánchez-Sánchez, 2009) que se aplica de primero a cuarto de primaria donde se incluyen, además, actividades para aumentar la autoestima y las habilidades sociales, programa "HÉRCULES" (Comas-Verdú, Moreno-Arnedillo, y Moreno-Arnedillo, 2012) o "¿Cómo enseñar a tomar decisiones acertadas?" de Fundesyram (2011).

Por otro lado, la fortaleza de perdón y compasión se ha trabajado principalmente a través del mindfulness porque éste se ha demostrado que incrementa la autocompasión, concretamente mediante la aplicación del programa MBRS (Mindfulness-Based Stress Reduction) de ocho semanas de John Kabat-Zinn por él mismo y otros autores (Birnie, Speca, y Carlson, 2010; Kuyken et al., 2010; Lee y Bang, 2010; Rimes y Wingrove, 2011; Shapiro, Astin, Bishop, y Cordova, 2005; Shapiro, Brown, y Biegel, 2007; Germer y Simón, 2017). Otros programas también basados en la compasión son MSC ("Mindful Self Compassion") de Neff y Germer (2012) y CMT ("Compassionate Mind Training") de Gilbert (2000) y Gilbert y Procter (2006).

Por último, la humildad se ha trabajado sobre todo en niños a través del análisis de historias en las que los personajes se comportan humildemente (DelaSalle, s.f), lo cual aumenta la empatía hacia los demás. En relación con esto, se ha creado el programa "¡No te creas tan importante!" (Syllabus, 2016) que busca un equilibrio entre la arrogancia, la autoestima y la humildad.

Basándose en este marco teórico, el programa pretende aumentar los componentes de la moderación en los jóvenes, ampliando así sus estrategias de afrontamiento ante el proceso de deshabitación.

Método

Participantes

El programa va dirigido a doce jóvenes de edades comprendidas entre 18 y 25 años que están institucionalizados en centros de deshabitación para las sustancias psicoactivas.

Instrumentos

La metodología empleada es participativa, activa y dramática basada en el enfoque experiencial y modelado. Además, se incluyen tanto dinámicas como debates para estimular el compromiso y evitar el aburrimiento.

Desde esta perspectiva, se realizan 19 sesiones que se evalúan de manera continua mediante autorregistros, observación, revisión de tareas e intercambio de opiniones.

Al finalizar el programa, se administra la "Escala ad hoc de Satisfacción con el programa" formada por ocho preguntas abiertas para evaluar la eficacia de la intervención. Después se realizan tres

seguimientos (tres meses, seis meses y al año) mediante reuniones grupales y entrevistas individuales para detectar de forma personalizada las dificultades que puedan tener los jóvenes a la hora de aplicar las estrategias proporcionadas durante el programa.

Procedimiento

A continuación se presenta un esquema con las temáticas y actividades de cada una de las sesiones realizadas durante el programa.

Tabla 1. Planificación de las sesiones (Parte 1)

Sesión	Objetivos	Actividades
Sesión 1: Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer en qué va a consistir el programa y cómo se va a trabajar. - Establecer las normas de funcionamiento del grupo. - Fomentar el conocimiento de los miembros del grupo. - Aumentar la confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de presentación: "Me gustaría ser..." - Explicación del programa - Consenso de normas de grupo - Vídeo para motivar
Sesión 2: Introduciendo el autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la conciencia sobre el autocontrol. - Aumentar la capacidad de introspección y reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica del papel arrugado (I, II, III, IV)
Sesión 3: Gestión del enfado I	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el conocimiento sobre la naturaleza de la emoción de enfado. - Identificar patrones habituales de enfado. - Aumentar la capacidad de introspección y reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación - Dinámica: "Gritando mi nombre" - Brainstorming sobre el concepto de enfado - Explicación teórica - Dinámica: "Pues sí... pues no" - Preguntas abiertas y debate
Sesión 4: Gestión del enfado II	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades que subyacen al enfado. - Aplicar técnicas básicas de gestión del enfado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica: "¿Por qué?" - Exposición de las técnicas de gestión emocional - Metáfora del "espejo" - Recuerdo y role-playing
Sesión 5: Asertividad I	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender el concepto de asertividad. - Identificar los tres estilos de comunicación (activo, pasivo, asertivo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Brainstorming sobre el concepto de asertividad y su relación con el autocontrol - Vídeos sobre los tres estilos de comunicación - Diálogos y role-playing
Sesión 6: Asertividad II	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender la ejecución de una respuesta asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viñetas de cómic y asertividad - Batalla de asertividad - Actividades para casa: plantilla asertividad y preguntas gestión enfado
Sesión 7: ¿Razonamos?	<ul style="list-style-type: none"> - Corregir las tareas para casa. - Aprender el concepto de pensamiento crítico. - Analizar los criterios que están a la base del razonamiento crítico. - Reflexionar sobre la importancia del pensamiento crítico. - Aumentar la apertura de pensamiento. - Aumentar la tolerancia hacia otros puntos de vista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Corrección actividades para casa - Brainstorming sobre qué es el pensamiento crítico - Entrega lista de criterios para razonar - Explicación teórica - Vídeo y coloquio
Sesión 8: Amplitud de miradas	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el concepto de humildad. - Aumentar el autoconocimiento del sí mismo según etapas morales de Kohlberg. - Darse cuenta de lo importante que es empatizar y comprender situaciones desde la perspectiva personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recordatorio de lo visto en la anterior sesión - Brainstorming sobre el concepto de moralidad - Explicación teórica de las etapas morales de Kohlberg - Actividad: "pon un ejemplo de cada etapa" - Actividad: "no pegues a Raquel o te castigará la profesora" - Actividad: "responder a las preguntas" - Reflexión sobre el dilema desde una perspectiva más personal
Sesión 9: Superando prejuicios	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre la importancia de nuestros prejuicios. - Conocer qué prejuicios subyacen a diferentes comportamientos. - Aumentar la apertura de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de unas palabras y evaluar si son prejuicios o no - Ejemplos de las conductas de razonamiento prosocial (hedonista, dirigida a la aprobación de los demás, orientado a las necesidades de los demás, estereotipado, empatía) - Actividad para casa: escribir cinco situaciones que te hayan provocado alguna empatía hacia algún compañero

Tabla 2. Planificación de las sesiones (Parte 2)

Sesión 10: Introduciendo la humildad	<ul style="list-style-type: none"> - Corregir las tareas para casa. - Reflexionar sobre el concepto de humildad. - Comprender el valor de la humildad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de corrección: "al que le toque el número lee" - Dinámica: "La humildad" - Explicación del concepto de humildad
Sesión 11: Dinamizando a través de la humildad	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer las fortalezas y debilidades personales. - Reconocer la necesidad de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica: "Las manos blancas" - Dinámica: "Juntos es mejor"
Sesión 12: Juego cooperativo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender el valor de los demás. - Reconocer el trabajo de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica: "El avioncito cooperativo"
Sesión 13: ¿Cómo entender situaciones de humildad?	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer situaciones de humildad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica: "Los mensajes secretos"
Sesión 14: Concluyendo la humildad	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar las sesiones. - Reflexionar sobre los contenidos de las sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Complimentación ficha: "Humildad" - Intercambio de experiencias - Aclaración dudas y preguntas
Sesión 15: Introduciendo el Mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el concepto de Mindfulness. - Reflexionar sobre la importancia del Mindfulness en la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brainstorming sobre el concepto de Mindfulness - Explicación teórica del Mindfulness - Vídeo y preguntas
Sesión 16: ¿Cómo practicamos el Mindfulness?	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender la forma correcta de realizar una meditación. - Fomentar la práctica dentro y fuera del programa. - Aumentar el autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recordatorio de lo visto en la sesión anterior - Explicación teórica sobre los tipos de meditación - Vídeo "La actitud en Mindfulness" - Vídeo: "Mindfulness: Una gran IDEA" - Actividad práctica: "Meditación cinco minutos" - Reflexión sobre los sentimientos y dificultades encontrados - Entrega a cada uno de un CD con meditaciones de práctica - Actividades para casa: realizar cinco minutos de meditación diarios y autorregistro
Sesión 17: Mindfulness en nuestra vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> - Corregir las tareas para casa. - Mejorar la práctica de la meditación. - Aumentar el autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión y puesta en común de las tareas para casa - Actividad práctica: "Meditación de la respiración" - Reflexión sobre los sentimientos y dificultades encontrados - Entrega apuntes sesiones "Mindfulness" - Actividades para casa: continuar con la práctica diaria intentando hacer meditaciones de diez minutos y autorregistro
Sesión 18: Aprendiendo a perdonar	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar cómo se debe perdonar. - Aumentar la empatía. - Aumentar la expresión emocional. - Exteriorizar y sanar sentimientos hacia otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de las tareas para casa - Brainstorming sobre el perdón - Role-playing en parejas sobre una situación conflictiva hipotética - Carta a una persona que necesites perdonar - Grupo cerrado de expresión de sentimientos - Entrega apuntes sobre el perdón - Tarea para casa: continuar con las meditaciones diarias y los autorregistros
Sesión 19: Despedida	<ul style="list-style-type: none"> - Corregir las tareas para casa. - Extrapolar fuera del programa el aprendizaje adquirido. - Conocer la opinión de los jóvenes sobre el programa. - Medir la satisfacción con el programa. - Obtener feedback de primera mano sobre la realización del programa y los posibles aspectos a mejorar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recogida y comentario de la tarea mandada para casa - Síntesis de las ideas principales del programa - Pase de la "Escala ad hoc de Satisfacción con el programa" - Intercambio de opiniones sobre el programa - Sugerencias para mejorar el programa

Análisis de datos

El tipo de estudio realizado es una investigación empírica cualitativa con un grupo experimental, por tanto, los resultados se evalúan de manera observacional a través del comportamiento de los jóvenes durante las sesiones y de la corrección de las tareas acordadas.

Resultados

En cuanto a los resultados, se espera que los jóvenes mejoren su autocontrol, humildad, perdón y compasión. También se hipotetiza que participarán de manera satisfactoria en las actividades propuestas, escucharán, respetarán a sus compañeros y analizarán de manera más crítica las situaciones trabajadas durante las sesiones

Discusión/Conclusiones

Partiendo de los estudios comentados en la introducción, se ha pretendido aunar todas las habilidades trabajadas, es decir, autocontrol (Harrison, 1995; Comas-Verdú, Moreno-Arnedillo, y Moreno-Arnedillo, 2002; Gutiérrez-Fajardo y Puertas-Paredes, 2013), gestión del enfado (Cano-Nöltling, 2012; Monjas-Casares, 2016; Lombrana-García, 2012; Garriga-Infantes, López-Ríos, Molina-Moreno, y Langer-Herrera, 2011), pensamiento crítico (Delgado-Arcos, Pablos-Márquez, y Sánchez-Sánchez, 2009; Comas-Verdú, Moreno-Arnedillo, y Moreno-Arnedillo, 2012; Fundesyam, 2011), humildad (DeLaSalle, n.d; Syllabus, 2016) y mindfulness (Birnie, Speca, y Carlson, 2010; Kuyken et al., 2010; Lee y Bang, 2010; Rimes y Wingrove, 2011; Shapiro, Astin, Bishop, y Cordova, 2005; Shapiro, Brown, y Biegel, 2007; Germer y Simón, 2017; Neff y Germer, 2012; Gilbert, 2000; Gilbert y Procter, 2006), en un único programa adaptado a la población diana (jóvenes institucionalizados), con la que no se han realizado intervenciones basadas en el modelo de Peterson y Selligman (2004). Además, los contenidos y actividades realizadas son fácilmente adaptables a otros colectivos, siendo estas de gran importancia vital para la juventud.

Así mismo, se considera que las fortalezas escogidas del modelo de partida (Peterson y Selligman, 2004) son protectoras ante el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. Por ello, se espera que este programa empiece a aplicarse en los centros de deshabituación demostrando su eficacia en el empoderamiento de los jóvenes.

Referencias

- Cano-Nöltling, P. (2012). *Taller de control de impulsos*. Huerta Alt. Disponible en: http://www.ieshuertaalta.es/k/attachments/article/109/Control%20impulsos_Paz%20Cano.pdf
- Cecchini, J., Montero, J., y Peñas, J. (2003). Repercusiones del programa de intervención para desarrollar la responsabilidad personal y social de Harrison sobre los comportamientos de fair-play y el auto-control. *Psicothema*, 15(4), 631-637. Disponible en: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8067/7931>
- Comas-Verdú, R., Moreno-Arnedillo, G., y Moreno-Arnedillo, J. (2002). *Programa Ulises: aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional*. Madrid: Asociación Deporte y Vida. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/173.pdf>
- Comas-Verdú, R., Moreno-Arnedillo, G., y Moreno-Arnedillo, J. (2012). *Programa de toma de decisiones y solución de problemas: Hércules*. Deporte y Vida.
- DelaSalle, J. (s.f). *La virtud de la humildad. lasalle*. Disponible en: <http://lasalle.edu.mx/>
- Delgado-Arcos, E., Pablos-Márquez, M., y Sánchez-Sánchez, D. (2009). "Di no": *Educación preventiva sobre drogas para preadolescentes tercer ciclo de la educación primaria*. Andalucía: Junta de Andalucía.
- Fernández-Sisto, F., Marín-Rueda, F., y Urquijo, S. (2010). Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. *Liberabit*, 16(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200011&script=sci_arttext
- Fundesyam. (2011). *¿Cómo enseñar a tomar decisiones acertadas?*. San Salvador: Casa Barak.
- Garriga-Infantes, J., López-Ríos, F., Molina-Moreno, A., y Langer-Herrera, A. (2011). *Gestión del enfado en la comunidad universitaria de Almería*. Málaga: Universidad de Málaga. Disponible en: http://www.upct.es/seeu/_coie/divulgacion/documentos/VIII_Encuentro_Malaga/UNIV_SALUDABLES/Gestion_enfado
- Germer, C. y Simón, V. (2017). Compasión y Autocompasión. En Wn C. K. Germer y V. Simón, *Aprender a practicar mindfulness (1st ed.)*. Barcelona: Sello. Disponible en: <http://dhammasati.org/wp-content/uploads/2013/05/Cap%3C%ADtulo-Germer-Sim%3C%B3n.pdf>

Germer, C., y Simón, V. (2017). Compasión y Autocompasión. En C.K. Germer y V. Simón, *Aprender a practicar mindfulness (1st ed.)*. Barcelona: Sello. Disponible en: <http://dhammasati.org/wp-content/uploads/2013/05/Cap%C3%ADulo-Germer-Sim%C3%B3n.pdf>

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances In Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>

Gilbert, P., y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>

Giménez, M., Vázquez, C., y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society, & Education*, 2(2), 97-116.

Giménez, M., Vázquez, C., y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society, & Education*, 2(2), 97-116.

Gutiérrez-Fajardo, M., y Puertas-Paredes, E. (2013). *Implementación del programa de enseñanza de habilidades sociales y autocontrol de Goldstein adaptado para adolescentes entre 15 a 18 años de edad con altos niveles de ira, que asisten al Taller Escuela San Patricio en el año 2013*. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6027>

Kuyken et al. (2010). Citado por Neff, K. y Germer, C. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21923>

Lombraña-García, M. (2012). *Programa de resolución de conflictos en centros de menores: responsabilidad social y aprendizaje-servicio*. Palencia: Universidad de Valladolid. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2647/1/TFG-L%20116.pdf>

López-Soler, C., López-López, J., y Freixino-Ros, M. (2003). Retardo de la gratificación y autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género. *Psicología Clínica, Legal y Forense*, 3(3), 5-21. Disponible en: <http://masterforense.com/pdf/2003/2003art13.pdf>

Monjas-Casares, I. (2016). *Programa de asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. Disponible en: <http://online.ucv.es/resolucion/programa-de-asertividad-y-habilidades-sociales-pahs-por-ines-monjas-casares/>

Neff, K. y Germer, C. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neff, K. y Germer, C. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neff, K. y Germer, C. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neff, K. y Germer, C. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neff, K., y Germer, C. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21923>

Syllabus, M. (2016). *¡No Te Creas Tan Importante!—Cómo Equilibrar Arrogancia, Autoestima y Humildad. Recursos de NLE*. Disponible en: <http://nleresources.com/es/nle-morasha-syllabus/crecimiento-y-desarrollo-personal/no-te-creas-tan-importante/#.WNRIv4WcHIU>

CAPÍTULO 3

Análisis de la agresión en un contexto escolar marginado

Sara Arely Cobos González, María del Pilar Roque Hernández, Valeria López Rojas,
Paola Jazmín Tirado Lara, y Sbeyde Isamar Castillo Macías*

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Introducción

Agresión

1. Concepto

Existe cierta confusión y controversia al definir el concepto de agresión, en mucho, causada por términos interrelacionados que han sido utilizados como sinónimos o equivalentes a éste, tales como violencia, hostilidad, ira e inclusive bullying. Varios autores (Andreu, 2009; Bushman y Anderson, 2002; Dollard, Doob, Miller, Mowrer, y Sears, 1939; Renfrew, 2001; Serrano, 1996) coinciden en definir a la agresión como cualquier conducta dirigida hacia otro individuo, con la intención inmediata de causar daño. Domènech (2002) mencionó tres claves para definir un acto como agresivo: 1) que esté dentro de un contexto de interacción interpersonal o intergrupala; 2) que sea considerado como una acción intencional; y 3) que exista un daño como consecuencia de ese acto agresivo. Aunado a estos puntos, Krahe (2013) incluyó el deseo por la persona “objetivo” de evitar el trato perjudicial.

2. Perspectivas teóricas

La agresión, ha sido abordada a través de los años bajo distintas perspectivas:

Psicoanalítica. Para Freud la agresión es un motivo biológico fundamental: en la teoría del doble instinto, se concibe al hombre como dotado de una cantidad o quantum de energía dirigida hacia la destructividad, que debe inevitablemente expresarse en una u otra forma. Si se obstruye su manifestación, este deseo sigue caminos indirectos, llegándose a la destrucción del propio individuo (Worchel, Cooper, Goethals, y Olson, 2002).

Etológica. Lorenz (1963 en Carrasco y González, 2006) afirmó que el instinto agresivo era común en muchas especies, a diferencia de Freud, él sostenía que la conducta agresiva no se manifestaba a menos que ésta fuese influida por cuestiones externas, se considera que la motivación que determina el inicio de la “agresión”, depende de la acumulación de una cierta cantidad de energía de acción específica, que combinándose con los estímulos adecuados, puede desencadenar la conducta agresiva. El modelo opera como un depósito de cabida energética limitada, que origina conductas agresivas debido al cúmulo de energía retenida o por estímulos denominados clave o “disparadores” y a mayor tiempo transcurrido desde la última descarga, mayores probabilidades de que la acción vuelva a tener lugar. Una vez disipada la energía, el animal se relaja y el depósito se vacía en cierta medida.

Neurobiológica. Lesiones en el córtex prefrontal-estructura cerebral mayormente asociada con el control y planificación del comportamiento, la inhibición y la supervisión de la respuesta emocional--, que influyen en la reducción del umbral para el inicio o la intensidad de la respuesta agresiva (Liévano, 2013). Sin embargo, no puede atribuirse la agresión a un conjunto de regiones cerebrales de forma aislada sino que es preciso, analizarla como un fenómeno complejo que implica conexiones funcionales excitatorias e inhibitorias entre distintas regiones corticales y subcorticales (Ortega-Escobar y Alcázar-Córcoles, 2016).

Neuroquímica. La agresión se relaciona con la presencia de neurotransmisores, especialmente con la serotonina: bajas concentraciones de este neurotransmisor en el cerebro o una disminución de la actividad de las neuronas serotoninérgicas, parecen ser la base de los comportamientos agresivos de

animales y humanos (Weil-Malherbe, 1971). La serotonina actúa como facilitador en las regiones de la corteza prefrontal como la corteza orbito frontal y la corteza cingular anterior, que intervienen en la modulación y supresión de la aparición de comportamientos agresivos, fundamentalmente actuando sobre los receptores 5-HT₂ de la serotonina en estas regiones. Por ello, se espera que el déficit en la innervación serotoninérgica de estas regiones origine una desinhibición de la agresión frente a la provocación (Dolan, Anderson, y Deakin, 2001; Siever, 2008).

Neuroendocrina. Las hormonas sexuales tienen un efecto directo sobre comportamientos específicos de cada sexo: los andrógenos producen un aumento en el enfado y en la tendencia a la agresión, así como en la motivación sexual y en la excitabilidad en general, y en la capacidad viso-espacial, mientras que deterioran la fluencia verbal. Uno de los argumentos más utilizados en favor de la participación de la testosterona en la agresión consiste en el predominio de la agresión física en los machos de la mayoría de las especies animales (Dreher et al., 2016).

Sociobiológica. La conducta agresiva es, por una parte aprendida, existe una fuerte predisposición subyacente a dicho aprendizaje, esto al caer en una profunda hostilidad irracional bajo ciertas condiciones, por lo que cada contexto llevaría asociada una probabilidad de respuesta (Carrasco y González, 2006). Se concibe a la agresión humana (Wilson, 1980) como: a) adaptativa para la supervivencia y la reproducción del individuo, de ahí que éste sería innatamente agresivo (territorialidad, relaciones con el otro sexo, dominio y formas de resolver los conflictos); b) un fenómeno de “competencia”, tanto por los recursos limitados como por los de carácter sexual; y c) relacionada con la “selección” que refiere a comportamientos transmitidos hereditariamente por medio del código genético y que denota la primacía o refuerzo de comportamientos o códigos adecuados al medio, mientras se castigan o eliminan los que no lo son.

Del impulso. Supone que la agresión es la reacción a un impulso evocado desde el exterior para dañar a los demás. Se afirma que la frustración activa un impulso agresivo que sólo se reduce mediante alguna forma de respuesta agresiva; de modo que la frustración facilita la agresión, pero no es una condición necesaria para ella. La frustración es sólo un factor, y no necesariamente el más importante, que afecta a la expresión de la agresión (Bandura y Ribes, 1975).

Del aprendizaje social. Resalta el papel del medio externo social en la adquisición de conductas agresivas. Para Bandura (Bandura y Ribes, 1975) principalmente aprendemos por la observación de modelos, como imágenes o cualquier forma de representación; dicho modelamiento se da a través de los agentes sociales y sus influencias, entre ellas: 1) las influencias familiares, donde los padres son los principales modeladores que configuran en los hijos pautas agresivas (palabras, actitudes); 2) las influencias subculturales, grupo de personas con creencias, actitudes, costumbres u otras formas de comportamiento diferentes a las dominantes en la sociedad; y 3) el modelamiento simbólico, donde toda imagen (e.g. en Internet) sobre temas violentos (guerras, asesinatos, etc.), puede actuar como estímulo llamativo y generar conductas agresivas.

Ecológica. El desarrollo humano es una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos cambiantes. El individuo es una entidad creciente y dinámica que poco a poco va reestructurando el medio en que vive; se desarrolla en una relación dinámica y como parte inseparable de los escenarios en los que funciona (Shea y Bauer, 2000). La conducta entonces, surge en función del intercambio persona - ambiente, por lo que el desarrollo está contextualizado y en él, se enfatizan las relaciones bidireccionales y dinámicas entre los niveles de organización que participan en la vida humana (Bronfenbrenner, 1987). Así, Para Bronfenbrenner el contexto/entorno, es el lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara; incluye un conjunto de cinco sistemas interconectados: 1) microsistema (escenarios en que el individuo vive, e.g. hogar, trabajo, escuela); 2) mesosistema (vínculos entre microsistemas como la familia y la escuela); 3) exosistema que refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo, pero que afectan o se ven afectados por lo que ocurre en el entorno del individuo (lugar de trabajo de los padres, grupos de amigos de los padres, etc.);

4) macrosistema, esto es, los marcos culturales o ideológicos que pueden afectar transversalmente a los sistemas mencionados; y 5) cronosistema, patrón de eventos ambientales y transiciones a lo largo de la vida (e.g. cambios familiares, lugar de residencia, trabajo de los padres, ciclos económicos).

3. Tipos de agresión

La agresión no tiene una tipología única, es un constructo en el que pueden encontrarse distintos tipos de comportamientos agresivos, lo que remite a su naturaleza multidimensional, donde como señalaron Carrasco y González (2006) diferentes procesos fisiológicos y mentales se combinan para crear distintas formas de agresión. Existen diversas clasificaciones de la agresión, entre ellas las que se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Dimensiones de agresión identificadas por diversos autores a lo largo del tiempo

Dimensiones de la agresión					
Buss (1961)	Moyer (1976)	Wilson (1980)	Berkowitz (1996)	Andreu, Ramírez y Raine (2006)	
Modalidad	Física	Predatoria	Territorial	Hostil	Reactiva-hostil-impulsiva
	Verbal	Inducida por el miedo	Por dominancia	Instrumental	Proactiva-instrumental-planificada
Relación interpersonal	Directa	Inducida por irritabilidad	Sexual	Emocional	
	Indirecta	Territorial	Parental disciplinaria.	Proactiva	
Grado de actividad	Activa	Maternal	Protectora maternal.	Reactiva	
	Pasiva	Instrumental	Moralista.		
		Entre machos	Irritativa.		

Factores de riesgo para la agresión: agresores y agredidos

Para lograr una aproximación más real y completa al fenómeno de la agresión se debe explorar al individuo con todas sus variables internas y externas, psicológicas, fisiológicas, sociológicas, éticas, así como las posibles interacciones e interconexiones con el entorno, tal como lo sugiere la psicología desde un enfoque ecológico.

1. Del agresor:

Existen aspectos personales, familiares, escolares, comunitarios y sociales reportados en las personas que agreden.

Personales. Se reportan tantos aspectos biológicos, cognitivos y socioemocionales:

- Factores biológicos cerebrales y neuronales como los genéticos que predisponen las conductas, o como los niveles de testosterona y/o encefalinas que estimulan la agresividad y afectan los mecanismos de recompensa y dolor, o las anomalías que afectan la amígdala y provocan padecimientos como la epilepsia del lóbulo temporal no convulsiva o como los daños en la corteza prefrontal que inhibe y regula las emociones (Muñoz-Delgado, 2012).

- Sexo. Los hombres reportan más conductas intimidatorias que las mujeres (Bushman, 2016).

- Estados de mala nutrición o problemas de salud pueden reducir la tolerancia a la frustración y por tanto pueden incrementarse las conductas agresivas (Serrano, 1996).

- Déficit de habilidades cognitivas necesarias para afrontar situaciones frustrantes (Bandura y Ribes, 1975).

- Percibir a la agresión, como una forma adecuada y aceptable de interacción con los demás y aprender así, a resolver posibles problemas interpersonales y creencia de que los comportamientos

agresivos constituyen un reforzamiento positivo, para obtener lo que se desea y comprobar que una conducta agresiva tiene mejores resultados (Ariza y Riveros, 2012).

- Mejorar el estatus en la jerarquía social del grupo de referencia (Serrano, 1996).
- Creer que facilita obtener preferencia social y la popularidad (Wright, Li, y Shi, 2014).
- Inadaptación escolar (Olweus, 1993; Pelegrín, 2008).
- El nivel socioeconómico incide en la frecuencia de conductas de intimidación (Campart y Lindstrom, 1997).
- Repetir patrones de agresión, producto de las vivencias y aprendizajes propios (Cid, Díaz, Pérez, Torruella, y Valderrama, 2008).
- Elevada impulsividad, mayores niveles de ansiedad y problemas de internalización, y una pobre capacidad de auto-regulación (Díaz-Aguado, 2001).

Familiares. El ambiente familiar es trascendental en la vida de los seres humanos teniendo en cuenta que dentro de él, se adquieren los primeros esquemas y modelos de conducta que guiarán las futuras relaciones sociales y las expectativas básicas acerca de sí mismo y de los demás (Muñoz, 2000). Gran parte de las conductas agresivas presentes en niños y jóvenes de acuerdo con Díaz-Aguado (1996, en Muñoz, 2000) son producto del deterioro de la interacción familiar que afecta aún más dicha interacción al: 1) disminuir la posibilidad de establecer relaciones positivas; 2) repetirse crónicamente y hacerse con ello más grave; y 3) extenderse a las diversas relaciones que en el sistema familiar se producen. Entre los factores relacionados con la agresión, están:

- Exposición de los niños a vivencias y aprendizajes agresivos (Díaz-Aguado, 2001).
- Aprendizaje por agresión directa u observación de la misma en otros (Díaz, 2007).
- Estilo educativo excesivamente autoritario o permisivo, con falta de supervisión y compromiso en la crianza (Díaz-Aguado, 2001; Tur, Mestre, y Del-Barrio, 2004). O bien, combinación de disciplinas relajadas y poco exigentes, con actitudes hostiles por parte de ambos padres (Cid, Díaz, Pérez, Torruella, y Valderrama, 2008; Mazefsky y Farrell, 2005).
- Rechazo, falta de apoyo y afecto, falta de supervisión y comunicación (Mazefsky y Farrell, 2005).
- Separación o divorcio de los padres y problemas de adaptación a éstos, por el cambio que supone en la vida del niño (Cid, Díaz, Pérez, Torruella, y Valderrama, 2008).
- Presión económica tiene un efecto en la conducta antisocial, pero la influencia es indirecta: la depresión de algún progenitor, el conflicto matrimonial y hostilidad de los progenitores media entre la pobreza y el comportamiento antisocial (López, 2009).

Escolares. Se incluyen elementos en el sistema educativo en general: la escuela tiene una fuerte estructura jerárquica y una organización interna que puede provocar la aparición de conflictos y tensiones entre los miembros de la comunidad educativa (Alfaro, 2012).

Comunitarios. Para Muñoz (2002) en la sociedad hay una serie de actitudes y creencias relacionadas con las conductas agresivas y con los distintos roles y relaciones sociales en cuyo contexto se producen, que ejercen una marcada influencia en los comportamientos agresivos o violentos, siendo por lo tanto imprescindible emprender acciones que “alteren ese orden de creencias establecido” a nivel macro para lograr la superación de dichas actitudes negativas. Entre los aspectos en relación con la persona que agrede, están: las normas y valores culturales, la discriminación por diferencias religiosas y la orientación sexual (Berkowitz, 1978); el ambiente del barrio donde se resida, en el cual la agresividad sea vista como un atributo apreciado (Cid, Díaz, Pérez, Torruella, y Valderrama, 2008; Díaz-Aguado, 2001; Serrano, 1996); y repertorios conductuales adquiridos por observación de modelos violentos o por la experiencia directa (Bandura y Ribes, 1975).

Sociales. Entre ellos:

- Habitación hacia la violencia: observar la violencia podría resultar reforzante para futuras tendencias agresivas. La observación habitual de la violencia podría servir para insensibilizar a las

personas a la violencia: la contemplación regular de ésta podría determinar y reforzar esquemas cognitivos en relación con la violencia (Loredo-Abdalá, Perea-Martínez, y López-Navarrete, 2008).

- Influencia de los medios de comunicación, consumo de sustancias nocivas (Pelegrín y De-Los-Fayos, 2015).

- Televisión, series animadas con alto contenido de violencia (Bushman, 2016).

- Los entornos en los que predomina la pobreza presentan niveles más elevados de violencia y maltrato, como modo de resolver los problemas cotidianos (Santrock, 2006).

2. Del agredido:

También en el caso del agredido, se encuentra en la bibliografía diversos aspectos: niños con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, rasgos hiperactivos, fuerte temperamento y agresivos (Taylor, Smiley, y Richards, 2009); baja autoestima e interiorización de problemas tales como ansiedad y depresión (Muñoz, 2002; Olweus, 1993); provenir de sectores marginados o de estratos socioeconómicos altos (Alfaro, 2012).

4. Consecuencias de la agresión

Se identifican consecuencias de la agresión en quien la ejerce y quien la recibe. Las consecuencias que en la bibliografía se identifican, relativas al agresor, están: disminución de la capacidad de comprensión moral y de toma de perspectiva (Muñoz, 2002), inadaptación al entorno, problemas de fracaso escolar (Borja, 2013) y conductas antisociales (Muñoz, 2002). Entre las consecuencias relacionadas con el agredido, se apuntan:

- Ansiedad (Díaz-Aguado, 2001), estrés, desmotivación y daños físicos y emocionales (Cid, Díaz, Pérez, Torruella, y Valderrama, 2008), síntomas depresivos (Olweus, 1993), baja autoestima y auto-percepción de minusvalía enuresis, dolor abdominal, cefalea, malestar general ideación suicida y trastornos del sueño (Loredo-Abdalá, Perea-Martínez, y López-Navarrete, 2008), menor rendimiento académico, ausentismo y abandono escolar, así como una forma inadecuada de actuar ante situaciones conflictivas (Borja, 2013).

5. Agresión en el microsistema escolar: agresión entre pares

La agresión entre compañeros o pares, se concibe como la intención de hacer daño físico, emocional o relacional a otro individuo del mismo estatus social o grupo cercano en edad (Parke y Slaby, 1983) Un aspecto relevante en estas relaciones, es que son paritarias y simétricas y se regulan básicamente por la ley de la reciprocidad entre lo que se da y lo que se recibe (Díaz-Aguado, 2001). Cabe señalar que, la agresión entre pares, no implica necesariamente el bullying entre pares. Aunque ya se indicó que significa el bullying, Olweus (1993) lo definió al aplicarlo entre iguales/pares, como el conjunto de comportamientos físicos y/o verbales que un compañero o grupo de compañeros, de forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirige contra otro de forma repetitiva y duradera con la intención de causarle daño. El bullying, por tanto, es un tipo específico de agresión que se repite continuamente con la intención de dañar con el tiempo dentro de una relación diádica con diferencias de poder (Olweus, 1993).

6. Estadísticas oficiales y políticas públicas en México sobre agresión

La violencia es reconocida como un importante problema de salud pública en el mundo, de ahí la urgente necesidad de realizar esfuerzos sobre todo en el área de prevención, la cual requiere acciones multidisciplinarias y profesionales capacitados; en este sentido, se precisa generar conocimientos, desarrollar habilidades y apoyar a los sistemas que se dirigen a la prevención y atención (World Health Organization, 2013). En el país y de acuerdo con el Informe Nacional sobre la Violencia de Género en la Educación Básica (Secretaría de Educación Pública-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, SEP-UNICEF, 2010) a nivel primaria, 72.5% de los alumnos y 66% de las alumnas han sido agredidos físicamente en los últimos dos años y además, los niños en el 33% y las alumnas en el 31% señalaron a

un compañero varón como responsable de ello. Si consideráramos las cifras acerca de la población atendida en primaria dadas arriba, se tendría que 10.73 millones de alumnos y 7.08 millones de las alumnas han vivido la agresión física. Se apunta además, un incremento en la percepción relacionada con las situaciones de agresión grupal, institucional y contextual en las escuelas, que afectan los procesos de convivencia y de enseñanza - aprendizaje, por ello se busca que en las escuelas de todo el país, existan ambientes seguros y de sana convivencia por lo que hay que fortalecer la colaboración entre las comunidades escolares, académicas y la sociedad (Gobierno de la República, 2014; Secretaría de Educación Pública, 2011). En relación a ello, el 43.2% del personal docente a nivel nacional, mencionó que se han detectado casos de agresión en sus escuelas y las maestras manifestaron haber detectado más casos que los maestros (SEP-UNICEF, 2010).

Entre las políticas que buscan atender la agresión escolar, resaltan las contenidas en el Marco para la Convivencia Escolar (Secretaría de Educación Pública, 2011) y en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Gobierno de la República, 2014) que buscan que la interacción entre educandos, madres y padres de familia o tutores, directivos, docentes y personal escolar, se dé en un contexto de certidumbre, donde todos conozcan tanto los derechos de las alumnas y los alumnos, como las necesidades de colaboración para la convivencia, y se comprometan a respetarlos; en el mismo marco, se habla de que cada estudiante debe saber el comportamiento que se espera de él y estar al tanto de los compromisos y responsabilidades que adquiere. Se agrega, que los directivos y docentes deben contar con guías claras para educar para la convivencia pacífica en el respeto a la diversidad, así como para intervenir, orientar y ayudar a los alumnos en formación; y que las madres, padres o tutores deben involucrarse activamente en la educación de sus hijos y apoyarlos en su desarrollo.

Considerar a la agresión, como un problema de salud pública implica la necesidad de realizar acciones de prevención, atención y formación de profesionales; a ello se suma el valor que se atribuye a la investigación pues resulta en beneficio de la detección temprana y para la generación de modelos e intervenciones efectivos. Es importante señalar, que los datos estadísticos y reglamentaciones sobre el tema que nos ocupa, aportan información acerca de que la agresión es un fenómeno que forma parte de la violencia y sobre el cual deben realizarse acciones urgentes por parte de todos los sectores involucrados, momento en que el educativo no es la excepción. A partir de ello, se realizó un estudio de campo, transversal y correlacional con un diseño mixto (cualitativo-cuantitativo) para analizar la agresión entre alumnos, quienes asistían a una primaria pública oficial ubicada en Iztapalapa (Ciudad de México, México) a partir de la percepción de los mismos, sus pares, docentes y madres de familia. Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación UNAM-DGAPA-PAPIME PE307517.

Método

Contexto y Escenario

Se trabajó en una escuela primaria pública federal regular ubicada en una comunidad de alta marginación (Iztapalapa, Ciudad de México), (Consejo Nacional de Población, 2016), en la que no se contaba con servicios de Educación Especial y Educación Inclusiva.

Participantes

Participaron de forma voluntaria:

- Setenta alumnos que cursaban el quinto grado (edadM=10.13 años, DE=.337, Rango=10-12).
- Cincuenta y ocho personas responsables del cuidado de los niños (edadM=37 años, DE=10.912, Rango=16-78).
- Tres docentes responsables de los grupos a los que asistían los niños (edadM=29.33 años, DE=5.58, Rango=23-33). Todos contaban con licenciatura en educación primaria y 3.83 años en promedio de laborar en la escuela (DE=2.84, Rango: 1.5-7).

Instrumentos

Se utilizó lo siguiente:

1. Cuestionario de Agresión Proactiva-Reactiva (RPQ) (Raine et al., 2006) validado con niños entre 7 y 16 años que busca reflejar la agresión verbal y física, incluyendo la motivación y contexto situacional de la misma, independientemente de si se manifiestan directa o indirectamente (Andreu, Ramírez, y Raine, 2006). Posee una consistencia interna global de .90, incluye 23 reactivos con opción de respuesta tipo Likert de tres puntos (1=nunca, 2=a veces, 3=frecuentemente) y dos factores: agresión reactiva (11 reactivos, $\alpha=.84$) y agresión proactiva (12 reactivos, $\alpha=.86$). Dicho instrumento fue validado también con población de habla hispana (Andreu, Peña, y Ramírez, 2009) y conserva la misma estructura que el cuestionario original de Raine et al. ($\alpha=.91$ para agresión total; .84 para agresión reactiva; y .87 para la proactiva.).

2. Cuestionario de Agresividad Infantil (CAI) (Ayala, Chaparro, Fulgencio, y Pedroza, 2000); fue estandarizado con población mexicana enfocado a la agresividad en los infantes, definida como “un subconjunto de técnicas coercitivas empleadas para alterar la conducta de otros” (Ayala et al., 2000, p. 67). Es aplicable a los padres o a cualquier adulto que tenga la responsabilidad del niño. Consta de 24 reactivos cada uno con tres opciones de respuesta tipo Likert: 2=sí, 1=no, 0=no sé; posee con un Alfa de Cronbach de .82 y busca identificar conductas de tres factores durante los últimos seis meses: desobediencia y agresión en casa (14 reactivos), relación del sujeto con modelos agresivos (5 reactivos) e interacción con pares (5 reactivos).

3. Diseño de dos instrumentos informales: uno sobre nominación de alumnos agresivos por el docente de aula y otro para evaluar la percepción sobre agresión de acuerdo con los pares.

4. Bitácora.

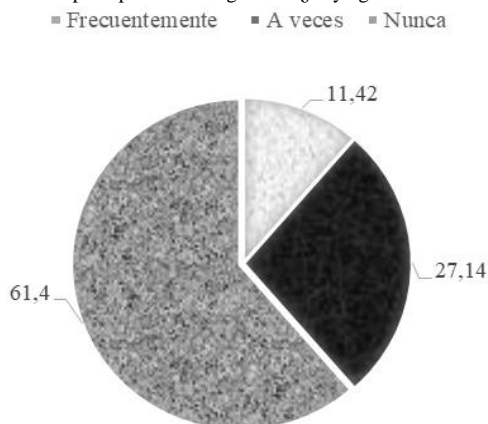
Procedimiento

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Los instrumentos se aplicaron primero a los niños, luego a los padres y finalmente a los docentes durante el ciclo escolar 2015-2016 y dentro de la escuela; las aplicaciones en su mayoría fueron grupales. Con los participantes que no podían leer y/o escribir, la aplicación fue individual. El tiempo promedio de aplicación con los padres fue de 20 minutos, con los niños 30 y con los profesores, 1 hora. Se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS, Ver. 21 donde se vació y procesó la información. Se presentan primero los resultados de la percepción de los niños en cuanto a si eran o no agresivos y la percepción que tenían de sus pares; luego la percepción de los maestros en cuanto a sus alumnos; se continúa con la percepción de los cuidadores sobre la agresión de los mismos niños. Finalmente se aplicaron correlaciones de Pearson para identificar asociaciones entre las dimensiones de las escalas aplicadas.

Resultados

De los 70 alumnos, 11.42% señaló que frecuentemente son agresivos con sus pares; 27.14% indicó serlo a veces; y 61.4% se percibió como no agresivos (Gráfica 1). Del 38.56% que se percibió como agresivo, 22.67% fueron varones. De acuerdo a la media grupal, la mayoría de los niños y niñas ocupaba la agresión reactiva a través de comportamientos para dañar a sus compañeros ante alguna provocación o amenaza percibida real o imaginaria; esta agresión reactiva, se presentaba de forma física (e.g. pegar, romper cosas), verbal (gritar) o ambas (hacer berrinches). Los pares, nominaron al 64.28% de sus compañeros como agresivos, señalaron que éstos los molestaban por lo que no les agradaba sentarse a su lado y/o juntarse con ellos en la hora del recreo; de éstos, 39.9% correspondió a varones y en el 28.56% de los casos, coincidió dicha nominación con la percepción de los niños que indicaron ser agresivos.

Gráfica 1. Autopercepción de la agresión: ¿Soy agresivo con mis pares?



Por otro lado, los docentes nominaron como agresivos hacia sus pares, al 20% de sus alumnos, e indicaron que todos presentaban problemas de conducta y de ellos, tres además, dificultades de aprendizaje relacionadas con la lectoescritura. De los alumnos nominados por los docentes, 15.71% correspondió a varones y en el 12.85% coincidió dicha nominación, con la percepción de los niños que indicaron ser agresivos. Las nominaciones de docentes y pares, coincidieron para 12 casos. Finalmente, del 38.56% de los niños que se percibieron como agresivos, sólo 11.42% fueron también nominados por pares y docentes. Existió además, el 8.57% del total de alumnos participantes, en su mayoría niñas, quienes se percibieron como agresivos, y no fueron identificadas por otros.

La percepción de los cuidadores sobre la agresión de los niños, fue que ninguno de ellos era desobediente, agresivo ni se relacionaba con modelos agresivos en casa, aunque no sabían si ello se presentaba en la escuela. Sin embargo, se encontró una asociación media y positiva, entre la agresión reactiva y proactiva de los niños participantes ($r=.520$, $p=.01$), lo que indica que entre más tengan que defenderse de sus pares, más elaborarán estrategias y actuarán intencionalmente para controlarlos.

Finalmente se encontraron niveles medios de correlación, en cuanto a que los niños entre más se relacionaban con modelos agresivos (quienes por ejemplo preferían juegos rudos y peligrosos y/o destruir objetos) más:

- Desobedecían y agredían en casa ($r=.635$, $p=.01$) por ejemplo se enojaban y gritaban ante una orden, peleaban con sus hermanos lastimándose, desobedecían a los mayores y/o contestaban agresivamente.

- Interactuaban con pares ($r=.542$, $p=.01$) quienes obtenían malas calificaciones, eran peleoneros o reaccionaban con golpes cuando alguien los molestaba.

También se identificó que los niños entre más interactuaban con pares con estas características negativas para su desarrollo, más:

- Desobedecían y agredían en casa ($r=.508$, $p=.01$) y

- Presentaban agresión proactiva (premeditada) ($r=.267$, $p=.05$).

No se encontraron correlaciones significativas entre el género de los niños con el uso de agresión proactiva/reactiva, ni con la percepción de los padres sobre la agresión de sus hijos.

Discusión/Conclusiones

A partir de los resultados, el hecho de que la mayoría de los niños y niñas ocupara la agresión reactiva, refiere a lo indicado por Penado (2012) en cuanto a que la relación con el grupo de iguales y la agresión, parecen actuar como una espiral, donde la manifestación de comportamientos agresivos

reactivos fomentan el rechazo del grupo de iguales y al mismo tiempo este rechazo, dirige a los alumnos a presentar comportamientos agresivos. El que los varones hayan sido más nominados por sus pares y profesores de grupo, puede relacionarse con que son más agresivos físicamente que las niñas, y que éstas utilizan formas de agresión menos observables, como la verbal o relacional, características que de acuerdo con Santrock (2006) se detectan en todas las culturas y aparecen muy temprano en el desarrollo infantil. El que no existieran diferencias significativas en cuanto al uso de agresión reactiva o proactiva vinculadas al género, puede asociarse con lo señalado también por Santrock: para explicar la agresión, se precisa considerar además las expectativas culturales, los modelos de comportamiento establecidos por los adultos y por el grupo de pares y los agentes sociales que premian la agresión en los chicos y la castigan en las chicas.

Hay que considerar que la agresión, puede ser mantenida dentro de varios sistemas ecológicos (familia, grupo de pares, escuela), que los factores asociados a los problemas de comportamiento tienden a agruparse, y que los asociados en una etapa de desarrollo, pueden incrementar el riesgo en etapas siguientes (Santrock, 2006). El identificar la agresión entre pares, es importante si se considera que el sistema educativo, puede ser origen del comportamiento antisocial del alumnado (Alfaro, 2012): la estructura jerárquica de la escuela y su organización interna, pueden vincularse con la aparición de conflictos y tensiones entre los miembros de la comunidad educativa. Para Serrano (1996) los niños(as) pueden residir en una comunidad donde la agresión es vista como un atributo apreciado; los participantes del presente estudio, habitaban en una de las zonas más marginadas de la Ciudad de México, donde existen altos índices de violencia, drogadicción y prostitución, así como un bajo índice de desarrollo humano, el cual abarca el acceso a la educación, la salud y el ingreso.

Por otro lado, la agresión, identificada como característica en los niños con problemas de aprendizaje o conducta del presente estudio, es un aspecto que se puede vincular a las experiencias negativas del alumno y/o docentes en la escuela y a los factores de su comunidad (Taylor, Smiley, y Richards, 2009). Para Artz, Nicholson, Halsall y Larke (2001) la agresión tiene el potencial de dañar a la persona y poner en riesgo su desarrollo, por lo que a partir de los resultados del presente estudio, se identifica la necesidad tanto de realizar acciones dirigidas a los alumnos para que aprendan formas alternas de relacionarse, así como para prevenir que la agresión se presente. Se subraya la importancia de promover formas no violentas para resolver conflictos y enseñar habilidades para la vida diaria, como cooperación, asertividad, destrezas de comunicación y habilidades para resolver problemas y adoptar decisiones (Whight, Li, y Shi, 2014).

Referencias

- Alfaro, V. (2012). *La optimización de los resultados de la reforma educativa para enfrentar la violencia escolar mediante la utilización de la televisión*. Tesis de Maestría inédita. Universidad de San Martín de Porres, Perú.
- Andreu, J. (2009). Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y socio-cognitivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 85-98.
- Andreu, J., Ramírez, J., y Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de la agresión: valoración mediante dos auto-informes. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 6, 103-118.
- Ariza, J., y Riveros, A. (2012). Prevalencia de las manifestaciones de agresión en los estudiantes de las instituciones educativas de la ciudad de Armenia Quindío. *El Ágora USB*, 12(1), 77-87.
- Artz, S., Nicholson, D., Halsall, E., y Larke, S. (2001). *A review of the literature on assessment, risk, resiliency and need*. Canada: NCPC.
- Ayala, H., Chaparro, A., Fulgencio, M., y Pedroza, F. (2000). Resultados preliminares del proyecto Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26(1), 65-89.
- Bandura, A., y Ribes, E. (1975). *Modificación de conducta*. México: Trillas.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Borja, D. (2013). *Percepción del bullying en un colegio público de Pereira*. Tesis de pregrado. Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. México: Paidós.
- Bushman, B. (2016). *Aggression and violence*. Disponible en: <http://nobaproject.com/modules/aggression-and-violence>.
- Bushman, B., y Anderson, C. (2002). Human aggression. *Annual Review Psychology*, 53, 27-51.
- Buss, A. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Campart, M., y Lindstrom, P. (1997). Intimidación y violencia en las escuelas suecas. *Revista de Educación*, 313, 95-119.
- Carrasco, M., y González, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38.
- Cid, P., Díaz, A., Pérez, M., Torruella, M., y Valderrama, M. (2008). Agresión y violencia en la escuela como factor de riesgo del aprendizaje escolar. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 21-30.
- Comisión Nacional de Población (2016). *Índice de marginación por entidad federativa y por municipio 2015*. México: Autor.
- Díaz, V. (2007). Agresividad en niños y niñas de kínder y primer ciclo, del área metropolitana. *Revista de Ciencias Sociales*, 3(4), 117-118.
- Díaz-Aguado, M. (2001). *Los problemas de la convivencia escolar: un enfoque práctico*. Madrid: Federación de Enseñanza.
- Dolan, M., Anderson, I., y Deakin, J. (2001). Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 352-359.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., y Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Domènech, M., e Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(2). doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.54>.
- Dreher, J., Dunne, S., Pazderska, A., Frodl, T., Nolan, J., y O'Doherty, J. (2016). Testosterone causes both prosocial and antisocial status-enhancing behaviors in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(41), 11633-11638.
- Gobierno de la República. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Autor.
- Krahé, B. (2013). *The social psychology of aggression*. USA: Psychology.
- Liévano, D. (2013). Neurobiología de la agresión: aportes para la psicología. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 69-85.
- López, E. (2009). Las relaciones en la escuela. El problema del rechazo escolar. *Psicología educativa*, 15(1), 45-60.
- Loredo-Abdalá, A., Perea-Martínez, A., y López-Navarrete, G. (2008). "Bullying": acoso escolar. *Acta Pediátrica de México*, 29(4), 210-214.
- Mazefsky, C., y Farrell, A. (2005). The role of witnessing violence, peer provocation, family support, and parenting practices in the aggressive behavior of rural adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 14(1), 71-85.
- Moyer, K. (1976). *The psychology of aggression*. New York: Harper & Row.
- Muñoz, A. (2002). Conducta agresiva y deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1).
- Muñoz-Delgado, E. (2012). La agresión y la violencia: una mirada multidisciplinaria. *Salud Mental*, 35(6), 539-540.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Oxford: Blackwell.
- Ortega-Escobar, J., y Alcázar-Córcoles, M. (2016). Neurobiología de la agresión y violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1).
- Parke, R., y Slaby, R. (1983). The development of aggression. En P. Mussen y E. Hetherington (Eds.), *Handbook of child Psychology. Socialization, personality, and social development*, 4 (pp. 567-641). USA: Wiley.
- Pelegrín, A., y De-Los-Fayos, E. (2015). Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño. *European Journal of Education and Psychology*, 1(1), 5-20.
- Penado, A.M. (2012). *Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores individuales y sociocontextuales*. Disertación doctoral inédita. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, Ch., Stouthamer-Loeber, M., y Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171. doi: 10.1002/ab.
- Renfrew, J. (2001). *La agresión y sus causas*. México: Trillas.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw-Hill.

- Secretaría de Educación Pública. (2011). *Marco para la convivencia escolar en las escuelas de educación primaria del Distrito Federal*. México: Autor.
- Secretaría de Educación Pública-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *Informe nacional sobre violencia de género en la educación básica en México*. México: UNICEF.
- Serrano, I. (1996). *Agresividad infantil*. México: Pirámide.
- Shea, T., y Bauer, A. (2000). *Educación especial*. México: McGraw-Hill.
- Siever, L. (2008). Neurobiología de la agresividad y la violencia. *American Journal of Psychiatry*, 165, 429-442.
- Taylor, R., Smiley, L., y Richards, S. (2009). *Estudiantes excepcionales*. México: McGraw-Hill.
- Tur, A., Mestre, V., y Del-Barrio, M. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial, el efecto de los hábitos de crianza. *Ansiedad y Estrés*, 10, 75-88.
- Weil-Malherbe, H. (1971). The chemical estimation of catecholamines and their metabolites in body fluids and tissue extracts. En D. G. Lick (Ed.), *Methods of biochemical analysis* (pp. 119-152). Nueva York: Interscience.
- Wilson, E. (1980). *Sociobiology*. Londres: Harvard University Press.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G., y Olson, J. (2002). *Psicología Social*. México: Thompson.
- World Health Organization. (2013). *Violence and injury prevention*. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/disability/en/.
- Wright, M., Li, Y., y Shi, J. (2014). Chinese adolescents' social status goals associations with behaviors and attributions for relational aggression. *Youth & Society*, 46(4), 566-588.

CAPÍTULO 4

Nivel de actividad física y motivación académica

Iago Portela Pino* y Margarita Pino-Juste**

*Tui; **Universidad de Vigo

Introducción

Una variable importante que determina el rendimiento académico del alumnado es la motivación del adolescente hacia el proceso de aprendizaje (Broc, 2006; Yeung, Craven, y Kaur, 2014). Se entiende la motivación como un conjunto de procesos implicados en la activación, dirección y persistencia de una conducta (Valle, Rodríguez, Cabanach, Núñez, y González, 2017). La práctica de actividad física es determinante para la motivación del individuo hacia la realización de una determinada tarea o actividad. Además hoy sabemos que una vida saludable favorece el aprendizaje y diversos investigadores reconocen el papel vital de la actividad física en el desarrollo cognitivo del alumnado.

De hecho, la práctica regular de actividad física (principalmente ejercicio aeróbico) promueve la neuroplasticidad y la neurogénesis en el hipocampo, facilita la memoria a largo plazo y un aprendizaje más eficiente. Además, no solo aporta oxígeno al cerebro optimizando su funcionamiento, también genera una respuesta de los neurotransmisores, noradrenalina y dopamina que intervienen en los procesos atencionales. La actividad física regular mejora los estados de ánimo (la dopamina interviene en los procesos de gratificación) o reduce el estrés que repercute negativamente en el proceso de aprendizaje (Best, 2010; Ellemberg et al., 2010; Gallotta et al., 2012).

En los últimos años, se han publicado diferentes estudios sobre la influencia, relación o asociación entre la motivación hacia el aprendizaje y los niveles de actividad física. En el estudio de Sibling y Etnier (2003) en los que intervinieron niños en edad escolar entre los 4 y los 18 años, se encontró una correlación positiva entre la actividad física y el aprendizaje. Se analizaron ocho categorías cognitivas: habilidades perceptivas, cociente de inteligencia, resultados académicos, tests verbales, tests matemáticos, memoria y una última en la que se incluían áreas diversas relacionadas con la creatividad o la concentración. Los resultados revelaron que el ejercicio físico fue beneficioso para todas las categorías salvo para la memoria y aunque este efecto positivo se encontró en todas los grupos asignados por edades, fue mayor en los niños de los grupos entre 4-7 y 11-13 años que en los de 8-10 y 14-18 años.

El análisis bibliométrico más reciente realizado por Cacciotti, Milne y Orr (2015) llega a la conclusión de que la actividad física tiene un efecto positivo en el cerebro del niño y su capacidad para aprender. Del mismo modo, Burrows et al. (2014) señalan que los adolescentes con mayor dedicación a la actividad física trabajan mucho mejor en matemáticas y en lengua, frente a aquellos estudiantes inactivos.

Según Mavilidi, Okely, Chandler y Paas (2016) el aprendizaje con actividades físicas mostraron mayor rendimiento que la condición de aprendizaje sin actividades físicas en una prueba de retención inmediata y en una prueba de retención retrasada administrada cinco semanas después. Además los niños disfrutaron más con el aprendizaje con actividad física.

Sin embargo, aparecen resultados contradictorios si tenemos en cuenta diferentes variables de análisis. Por ejemplo, si se analizan los beneficios de la asistencia a estas actividades deportivas para hombres y mujeres (Ferris, Oosterhoff, y Metzger, 2013) o en función de la raza (Zeiser, 2011), en función del tiempo que se realiza actividad física en edad escolar (Burrows et al., 2014), etc.

A pesar de estas contradicciones se puede afirmar que los sujetos activos muestran una motivación intrínseca mayor que los sedentarios (Capdevila, Niñerola, y Pintanel, 2004; Alfonso-Rosa, 2016). A la

misma conclusión llega González y Portoles (2014) quienes señalan que los adolescentes activos tienen valores más altos de motivación académica.

En este estudio tendremos en cuenta tres constructos motivacionales siguiendo a Pintrich y Schunk (2006). En primer lugar las creencias de los estudiantes sobre sus capacidades para realizar su tarea (autoeficacia). En segundo lugar, el valor al logro, que incluye la meta de los alumnos y sus creencias sobre la importancia e interés de la tarea (motivación de logro). Y, por último el componente afectivo, que abarca las consecuencias derivadas de la realización de una tarea así como los resultados de éxito o fracaso a nivel académico (atribución causal al logro).

Objetivo

El objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre el nivel de motivación académica y el nivel de actividad física del alumnado de secundaria

Método

El diseño utilizado es cuasi experimental desde un enfoque interpretativo. La investigación se llevó a cabo en una situación real antes de comenzar las clases de educación física. Se trata de una muestra accidental no intencionada ya que es un muestreo no probabilístico donde el investigador elige a aquellos individuos que están a mano, sin atender ningún criterio especial de elección.

Participantes

El número total de alumnos encuestados ha sido 232 de los cuales 118 son hombres (50,9%) y 114 son mujeres (49,1%). La media de edad del alumnado es 13,88 años. La edad media es 13,88 siendo la mínima 12 y la máxima 17.

Respecto al curso, la cantidad de encuestados es bastante equitativa. Correspondiendo el 25,9% a primero de ESO, el 26,7 a segundo de ESO, el 22,8 a tercero de ESO y finalmente un 24,5% corresponde a cuarto de ESO.

Instrumentos

Se ha utilizado la Escala de Motivación Escolar (EME). La escala original es del año 2008 y su autor es Thornberry. No obstante, para la presente investigación se empleó la adaptación de Barrientos (2011) que tiene las mismas características que el instrumento original, salvo la reducción de 20 a 18 ítems. El propósito del instrumento es medir la autoeficacia académica, las atribuciones internas de logro y las acciones orientadas al logro.

Los puntajes altos revelan mayores niveles de motivación académica, mientras que los más bajos revelan niveles inferiores de la variable evaluada. De esta manera, la mayoría de los ítems se califican con los siguientes puntajes: “siempre pienso y actúo así” vale 2 puntos, “a veces pienso y actúo así” vale 1 punto, y “nunca pienso y actúo así” tiene un valor de 0 puntos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos de los ítems se encuentran redactados de manera negativa, es decir, describen conductas o pensamientos característicos de un nivel bajo de motivación. Por este motivo, las puntuaciones de dichos ítems se invierten y, en el caso del instrumento adaptado, son: 1, 3, 5, 7, 9, 12, 15, 17.

El instrumento utilizado para medir el nivel de actividad física es el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) que consta de 9 ítems, ocho de ellas en una escala tipo Likert de 5 puntos donde las puntuaciones más bajas indican niveles más bajos de AF (1 a 1,9), mientras que los niveles de AF moderadas se sitúan 2 a 3,9 y altas se consideran de 4 a 5 de media.

En nuestro estudio el EME arrojó una fiabilidad de $\alpha=0,827$ y el IPAQ de $\alpha=0.783$ por lo que podemos afirmar que es relativamente buena.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos en marzo de 2016. La administración de las escalas tuvo lugar antes del comienzo de las clases de educación física y previa motivación hacia su cumplimiento con rigor y seriedad. Se informó a los padres sobre la colaboración de sus hijos en el estudio mediante una carta enviada desde la dirección del centro educativo y se les pidió permiso para poder aplicar la escala.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (revisión de Hong-Kong, septiembre de 1989) y la normativa legal vigente española que regula la investigación.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se han utilizado los estadísticos descriptivos de tendencia central (media) y la dispersión (desviación típica). Además se han utilizado los estadísticos de contraste paramétricos de diferencia de medias “*t*” de Student. A través de esta prueba se determina si existe una relación entre las variables categóricas dicotómicas: sexo, y practica deporte, (ubicada en las columnas) y las variables de escala: PAQ-A y EME (ubicada en las filas). Se calculó también el ANOVA para comprobar la asociación entre la variable de escala (EME) y el curso y también entre esta y los diferentes niveles de actividad física (leve, moderada e intensa) y χ^2 para comprobar la asociación de los niveles de actividad física en función de si realizan o no deporte escolar.

Además se ha calculado la correlación de Pearson entre las variables de escala con el fin de comprobar su relación

Se ha utilizado un nivel de significación al 0.05.

Para la realización del análisis de datos se ha utilizado el software especializado en los análisis estadísticos predictivos SPSS en su versión 23.0.

Resultados

Como podemos comprobar el ítem con mayor puntuación es el referido a la actividad física semanal durante las clases y las actividades realizadas después de las seis de la tarde o en los fines de semana

Tabla 1. Descriptivos de los ítems de la escala PAQ-A

PAQ-A	Media	DS	Mínimo	Máximo
¿Has hecho alguna de estas actividades en los últimos 7 días?	1,5941	,45097	1,04	3,96
¿Cuántas veces estuviste muy activo durante las clases: jugando intensamente, corriendo, saltando, haciendo lanzamientos?	3,8546	,93175	1	5
¿Qué hiciste normalmente a la hora de la comida (antes y después de comer)?	1,7974	1,06571	1	5
Inmediatamente después de la escuela hasta las 6, ¿cuántos días jugaste a algún juego, hiciste deporte o bailes en los que estuvieras muy activo?	3,0308	1,24585	1	5
¿Cuántos días a partir de media tarde (entre las 6 y las 10) hiciste deportes, baile o jugaste a juegos en los que estuvieras muy activo?	3,1982	1,17887	1	5
¿Cuántas veces hiciste deportes, baile o jugar a juegos en los que estuvieras muy activo?	2,9207	1,09418	1	5
¿Cuál de las siguientes frases describen mejor tu última semana?	3,0617	1,13500	1	5
Señala con qué frecuencia hiciste actividad física para cada día de la semana	3,1498	,98418	1	5
PAQ-A TOTAL	2,826	,569	1,594	3,855

Estos datos son coherentes con la organización de las actividades diarias del alumnado. Normalmente antes y después de las comidas o descansa o realiza actividades de carácter más académico. Pero debemos resaltar la práctica de actividad física en el horario escolar normalmente en los recreos y en la clase de educación física.

La baja puntuación en la pregunta 1 se puede deber a que se interroga fundamentalmente (ver tabla 2) por actividades estructuradas muchas de ellas están ligadas a deportes federados. No se incluyen los juegos populares o las actividades de juego libre.

Es importante señalar las diferencias entre sexos con respecto a algunos deportes. Los chicos hacen más deportes colectivos como el futbol e individuales la bicicleta y ellas más deportes poco estructurados como el juego del pilla-pilla, bailar o patinar.

Tabla 2. Relación de deportes practicados

	Sexo	+1 día	+2 días	+3 días	+4 días	+ de 5	TOTAL	χ^2
Saltar a la comba	Hombre	107	7	1	0	3	118	.006
	Mujer	83	22	4	3	4	114	
Patinar	Hombre	106	11	0	0	1	118	.006
	Mujer	81	17	0	10	6	114	
Pilla-pilla	Hombre	72	22	10	7	7	118	.117
	Mujer	55	33	17	4	5	114	
Bicicleta	Hombre	42	28	21	12	15	118	.007
	Mujer	63	29	10	6	6	114	
Caminar	Hombre	31	32	21	15	18	118	.174
	Mujer	19	31	16	23	25	114	
Correr	Hombre	46	27	19	19	15	118	.678
	Mujer	47	32	17	5	13	114	
Aerobic	Hombre	96	14	5	2	1	118	.319
	Mujer	86	22	4	0	2	114	
Natación	Hombre	80	22	7	5	4	118	.870
	Mujer	81	16	9	4	4	114	
Bailar	Hombre	89	21	5	1	2	118	.000
	Mujer	43	33	15	7	16	114	
Badminton	Hombre	100	10	4	1	3	118	.835
	Mujer	98	6	4	1	5	114	
Rugby	Hombre	101	14	2	0	1	118	.342
	Mujer	105	7	2	0	0	114	
Skate	Hombre	81	12	15	4	6	118	.022
	Mujer	96	10	4	3	1	114	
Futbol	Hombre	48	21	19	12	18	118	.000
	Mujer	74	27	8	0	5	114	
Voleibol	Hombre	96	12	1	3	5	118	.194
	Mujer	87	20	3	3	1	114	
Hockey	Hombre	95	14	3	3	3	118	.028
	Mujer	106	3	3	0	2	114	
Baloncesto	Hombre	75	23	8	5	7	118	.052
	Mujer	84	24	1	1	4	114	
Esquiar	Hombre	109	4	2	1	2	118	.462
	Mujer	110	2	2	0	0	114	
Balonmano	Hombre	90	12	8	3	5	118	.228
	Mujer	99	6	3	1	5	114	
Atletismo	Hombre	86	12	11	5	3	118	.117
	Mujer	89	15	3	2	4	114	
Musculación	Hombre	84	20	9	4	1	118	.404
	Mujer	84	21	8	0	1	114	
Artes Marciales	Hombre	97	13	4	3	1	118	.007
	Mujer	106	1	6	0	1	114	
Deportes de raqueta	Hombre	93	11	7	5	2	118	.339
	Mujer	97	10	3	1	3	114	

En conjunto como deportes más practicados destacan como colectivos el futbol y como deporte individual la natación y el atletismo. Después aparecen otras actividades físicas como bailar, correr o caminar y otros deportes minoritarios como el balonmano o el baloncesto.

Por lo que respecta a los índices de motivación vemos que el desánimo del alumnado es importante. De hecho las opiniones son contradictorias. Por un lado creen en un porcentaje muy alto que no importa lo que hagan sus calificaciones van a ser bajas pero opinan que su rendimiento depende de ellos mismos y lo pueden controlar; sin embargo lo sitúan fuera de su alcance y consideran que hacen más de lo requerido durante el curso y dan prioridad a otras actividades en el tiempo libre en detrimento de sus estudios.

Tabla 3. Descriptivos de los ítems de la escala EME

Ítem	Media	Nunca	A veces	Siempre
No importa que haga, tendré bajas calificaciones.	1,64	1,7	31,9	66,4
Me considero una persona competente en lo académico.	1,137	15,9	54,3	29,7
Dejo para el último momento, la realización de los trabajos o el estudiar para un examen.	1,21	12,5	53	34,5
Pienso que mis calificaciones dependen de mi esfuerzo.	1,75	4,7	15,5	79,7
Tener éxito en los estudios es muy difícil para mí.	1,29	12,9	44,4	42,7
Realizo todos los trabajos y tareas que los profesores asignan.	1,45	5,2	44	50,9
No tengo la capacidad para lograr buenos resultados escolares.	1,56	9,1	25,9	65,1
Cuando hago un trabajo, estudio o hago un examen, me esfuerzo todo lo posible por hacerlo excelente.	1,52	5,2	37,1	57,8
Pienso que mis resultados escolares poco tienen que ver con el esfuerzo que ponga al estudiar.	1,53	8,2	30,6	61,2
Hago más de lo requerido en los cursos.	0,65	41,8	51,3	6,9
Cuando tengo dificultad para resolver un trabajo escolar, sigo intentando hacerlo todo el tiempo necesario.	1,21	10,8	56,9	32,3
Mi rendimiento en los cursos es algo que está fuera de mi control.	1,58	6,9	28	65,1
Pienso que tengo lo que se necesita para tener éxito en mis estudios escolares.	1,53	5,2	36,2	58,6
Mi rendimiento en el colegio es algo que depende de mí.	1,78	3,4	14,2	82,3
En mi tiempo libre, doy prioridad a otras actividades en vez de mis estudios.	0,97	22,4	57,3	20,3
Soy capaz de tener éxito en mis estudios escolares.	1,57	5,6	31	63,4
Me quedo con dudas y no busco la forma de solucionarlas.	1,47	6,9	38,4	54,7
Puedo controlar mis resultados escolares.	1,44	6,9	41,4	51,7

Tabla 4. Descriptivos de variables dependientes

	AF Total	Nivel Motivación
Media	2,79	1,41
Mediana	2,80	1,44
Desv. tít.	,693	,307
Asimetría	-,228	-,511
Error tít. de asimetría	,160	,160
Curtosis	,120	-,143
Error tít. de curtosis	,318	,318
Mínimo	1	0
Máximo	5	2

Sin embargo, la motivación media del alumnado es relativamente alta (\bar{x} =1,41; Mín.=0; Máx.=2) ya que está más próxima al máximo. Sin embargo, el nivel de actividad física es moderada y se sitúa entre 2 y 3,9 (\bar{x} =2,79; Mín.=1; Máx.=5). De hecho, el porcentaje de alumnos que realizan actividad física baja es del 9,9%, los que realizan actividad moderada el 86,2 % y los que realizan actividad física intensa el 3,9 %.

Tabla 5. Correlaciones entre las variables índice de actividad física, nivel de motivación y sus constructos e índice de masa corporal

	Nivel Motiv	Motiv. Logro	Atr. Causal	Auto Eficacia	AF Total	
Motivación Logro	R	,781(**)				
	Sig.	,000				
Atribuciones Causales	R	,827(**)	,415(**)			
	Sig.	,000	,000			
Autoeficacia	R	,779(**)	,397(**)	,625(**)		
	Sig.	,000	,000	,000		
AF Total	R	-,051	,016	-,045	-,053	
	Sig.	,439	,810	,498	,423	
IMC	R	-,192(**)	-,172(**)	-,173(**)	-,144(*)	-,014
	Sig.	,003	,009	,008	,029	,837

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En este estudio no hemos encontrado correlación significativa entre la motivación académica y el nivel de actividad física por lo que no podemos afirmar que estas dos variables estén vinculadas. Pero si existe relación entre el índice de masa corporal y el nivel de motivación de forma que a mayor índice de

masa corporal menor nivel de motivación. También existe una correlación significativa, como cabría de esperar, entre los diferentes constructos de la motivación académica.

Tabla 6. Cálculo de t de student para el sexo

Variable	Sexo	N	Media	t	Sig. (bilateral)
AF Total	Hombre	118	2,94	3,624	,000
	Mujer	114	2,62		
Nivel Motivación	Hombre	118	1,39	-1,062	,289
	Mujer	114	1,43		

Tampoco existen diferencias significativas entre chicos y chicas con respecto a la motivación hacia las tareas escolares ($t=-1.06$; sig.=,289) pero, sin embargo si existen diferencias con respecto al nivel de actividad física siendo más alto en el género masculino ($t=0.362$; sig.=,0001).

Tabla 7. Cálculo de t de student en función de si realizan o no deporte

Variable	Realiza Deporte	N	Media	t	Sig. (bilateral)
AF Total	Si	222	2,81	2,186	,030
	No	10	2,32		
Nivel Motivación	Si	222	1,41	,981	,328
	No	10	1,32		

Si buscamos si existen diferencias entre la motivación académica y si el alumnado ha realizado o no deporte escolar en etapas previas tampoco se han hallado

Tabla 8. Cálculo de ANOVA en función del nivel de actividad física y del curso

Variable	N	Media	DS	F	Sig.	
AF Agrupada	Baja	23	1,38	,260	2,642	,073
	Moderada	200	1,42	,310		
	Alta	9	1,19	,295		
	Total	232	1,41	,307		
Curso	Primero	60	1,46	,306	,833	,477
	Segundo	62	1,40	,336		
	Tercero	53	1,41	,305		
	Cuarto	57	1,37	,279		
	Total	232	1,41	,307		

Como podemos comprobar no existen diferencias con respecto a la motivación hacia las tareas escolares ni en función del índice de actividad física agrupado ni en relación al curso en el que el alumnado se encuentra escolarizado. Tampoco existen en ninguno de sus constructos

Tabla 9: Calculo de χ^2 en función de si realizan o no deporte

		AF Agrupada			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Realiza Deporte	Si	19	194	9	222
	No	4	6	0	10
Total		23	200	9	232

Pero si existen diferencias en función del nivel de actividad física agrupándola en tres niveles (baja, moderada y alta) ($\chi^2=10,78$; sig.=,005) siendo mayor el porcentaje de alumnado que ha realizado deporte escolar y muestra un alto índice de actividad física.

Discusión/Conclusiones

Entre los resultados más importantes hemos de señalar que el porcentaje de alumnos que hace actividad física moderada es alto y se concentra en un horario específico fundamentalmente a partir de las seis de la tarde y en el colegio. Practican fundamentalmente deportes colectivos mayoritariamente fútbol y las chicas tienen menos nivel de actividad física que los chicos. En España estos resultados son

similares en otros estudios (Garzón, Fernández, Sánchez, y Gross, 2002; Castro-Sánchez, Zurita-Ortega, Martínez-Martínez, Chacón-Cuberos, y Espejo-Garcés, 2016; Carrillo et al., 2017).

Podemos concluir que no existe correlación entre la motivación y el nivel de actividad física, pero sí diferencias con respecto al nivel de actividad física siendo más alto en el género masculino como avalan otros estudios (Macarro, Romero, y Torres, 2010; Martínez et al., 2012; Ferris, Oosterhoff, y Metzger, 2013).

De hecho, las chicas suelen abandonar antes la actividad física y las razones suelen ser la falta de tiempo, al que siguen la preferencia por realizar otras actividades en su tiempo libre y la pereza y la desgana (Youssef, Al-Shafie, Al-Mukhaini, y Al-Balushi, 2013; Rajaraman et al., 2015).

Estos resultados difieren en parte de otros estudios que demuestran una relación positiva entre el rendimiento académico y el nivel de actividad física (Raspberry et al., 2011; Howie y Pate, 2012; Cacciotti, Milne, y Orr, 2015). Por tanto, hay evidencias que sugieren que el aumento de la actividad física mejora el rendimiento académico en los niños, sin embargo no se sabe cómo se interrelacionan (Keeley y Fox, 2009; Kantomaa et al., 2013).

Sin embargo, si hemos constatado relación entre el índice de masa corporal y el nivel de motivación de forma que cuanto mayor es el primero menor es el segundo y el alumnado que ha practicado deporte escolar previo tiene mayor índice de actividad física. En el estudio de Martínez-Baena, Mayorga-Vega y Viciano (2016) la motivación hacia la educación física se correlaciona con la condición física.

No existen diferencias significativas entre chicos y chicas con respecto a la motivación hacia las tareas escolares.

Entre las limitaciones del estudio es habitual que cuando se utiliza un diseño cuasi-experimental el investigador no tenga la certeza de que la muestra sea representativa de la población, por tanto, esto constituye una amenaza a la validez externa, y de ahí que sea importante ampliar la muestra del estudio a sujetos diferentes pero con las mismas características para consolidar los resultados de este estudio ya que al utilizar grupos naturalmente formados existe la posibilidad de que se presenten sesgos en la selección.

Además la adhesión a los grupos de actividad física no fue homogénea por lo que pueden existir problemas de validez dado que los grupos formados en los tres niveles de actividad física no eran equivalentes.

Referencias

- Alfonso-Rosa, R.M. (2016). Relationship between extracurricular physical activity and academic performance in secondary education students. *Sportis, II* (2), 177-187.
- Barrientos, L.L. (2011). *Motivación escolar y rendimiento académico en alumnos del cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal de ventanilla*. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola.
- Best, J.R. (2010). Effects of physical activity on children's executive function: Contributions of experimental research on aerobic exercise. *Developmental Review, 30*(4), 331-351.
- Broc, M.A. (2006). Motivación y rendimiento académico en alumnos de educación secundaria obligatoria y bachillerato. *Revista de educación, 340*, 379-414.
- Burrows, R., Correa-Burrows, P., Orellana, Y., Almagiá, A. (2014). Scheduled Physical Activity is Associated With Better Academic Performance in Chilean School-Age Children. *Journal of Physical Activity and Health, 11*, 1600-1606.
- Cacciotti, K., Milne, N., y Orr, R. (2015). Physical activity and childhood academic achievement: A critical review. *Health Behavior & Policy Review, 2*(1), 35-45.
- Capdevila, Ll., Niñerola, J., y Pintanel, M. (2004). Motivación y actividad física: el Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico (AMPEF). *Revista de Psicología del Deporte, 13*(1), 55-74.
- Carrillo, V.J.B., Sierra, A.C., Loaisa, A.J., González-Cutre, D., Galindo, C.M., y Cervelló, E. (2017). Diferencias según género en el tiempo empleado por adolescentes en actividad sedentaria y actividad física en diferentes segmentos horarios del día. *Retos, 31*, 3-7.

- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., Martínez-Martínez, A., Chacón-Cuberos, R., y Espejo-Garcés, T. (2016). Clima motivacional de los adolescentes y su relación con el género, la práctica de actividad física, la modalidad deportiva, la práctica deportiva federada y la actividad física familiar. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 12(45), 262-277.
- Elleberg, D., y St. Louis-Deschênes, M. (2010). The effect of acute physical activity on cognitive function during development. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(2), 122-126.
- Ferris, K.A., Oosterhoff, B., y Metzger A. (2013). Organized Activity Involvement among Rural Youth: Gender Differences in Associations between Activity Type and Developmental Outcomes. *Journal of Research in Rural Education*, 28(15), 1-16.
- Gallotta, M.C., Guidetti, L., Franciosi, E., Emerenziani, G.P., Bonavolontà, V., y Baldari, C. (2012). Effects of varying type of exertion on children's attention capacity. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 44(3), 550-555.
- Garzón, P.C., Fernández, M.D., Sánchez, P.T., y Gross, M.G. (2002). Actividad físico-deportiva en escolares adolescentes. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 3, 5-12.
- González, J., y Portolés, A. (2014). Actividad Física Extraescolar: Relaciones con la Motivación Educativa, Rendimiento Académico y Conductas Asociadas la Salud. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(1), 51-65
- Howie, E., y Pate, R. (2012). Physical activity and academic achievement in children: A historical perspective. *Journal of Sport and Health Science*, 1(3), 160-169.
- Kantomaa, T., Stamatakis, E., Kankaanpää, A., Kaakinen, M., Rodriguez, A., Taanila, A., Ahonen, T., Järvelin, M., y Tammelin, T. (2013). Physical activity and obesity mediate the association between childhood motor function and adolescents' academic achievement. *Neuroscience Psychological and Cognitive Sciences*, 29, 1917-1922. doi: 10.1073/pnas.1214574110
- Keeley, T., y Fox, K. (2009). The impact of physical activity and fitness on academic achievement and cognitive performance in children. *International Review of Sport & Exercise Psychology*, 2(2), 198-214.
- Macarro, J., Romero, C., y Torres, J. (2010). Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva en los estudiantes de Bachillerato de la provincia de Granada. *Revista de Educación*, 353, 495-519.
- Martínez, A.C., Chillón, M., Pérez, I., Castillo, R., y Zapatera, B. (2012). Motivos de abandono y no práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles: estudio Avena. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 45-54.
- Martínez-Baena, A., Mayorga-Vega, D., y Viciano, J. (2016). Motivación hacia la Educación Física y su relación con la condición física saludable en escolares de Educación Secundaria Obligatoria. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 948-953.
- Mavilidi, M.F., Okely, A.D, Chandler, P., y Paas, F. (2016). Infusing Physical Activities Into the Classroom: Effects on Preschool Children's Geography Learning. *Min, Brain, and Education*. 10(4), 256-263.
- Pintrich, P., y Schunk, D. (2006). *Motivación en contextos educativos. Teoría, investigación y aplicaciones*. Madrid: Pearson.
- Rasberry, C.N., Lee, S.M., Robin, L., Laris, B.A, Russell, L.A., Coyle, K.K., y Nihiser, A.J. (2011). The Association between School-Based Physical Activity, Including Physical Education, and Academic Performance: A Systematic Review of the Literature. *Preventive Medicine*, 52, S10-S20.
- Sibler, B., y Etnier, J. (2003). The Relationship between Physical Activity and Cognition in Children: A Meta-Analysis. *Pediatric Exercise Science*, 15(3), 243-256.
- Valle, A., Rodríguez, S., Cabanach, R.G., Núñez, J.C. y González-Pienda, J.A. (2007). *El estudiante eficaz*. Madrid: CCS.
- Yeung, A.S., Craven R.G., y Kaur, G. (2014). Influences of Mastery Goal and Perceived Competence on Educational Outcomes. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 14, 117-130.
- Zeiser, K.L. (2011). Examining Racial Differences in the Effect of Popular Sports participation on Academic Achievement. *Social Science Research*, 40 (4), 1142-1169.

CAPÍTULO 5

Aproximación neuropsicológica a los subtipos del TDAH en la edad escolar

Cristina Ferreras Álvarez
Universidad de Salamanca

Introducción

Resulta necesario y urgente comprender mejor el TDAH para impulsar en cada niño/a una mejora psicoeducativa de cada caso. La aproximación a los subtipos del TDAH, propuestos en el DSM-IV y DSM-5, requiere aclarar la relación entre inatención e hiperactividad-impulsividad. Continúa el debate sobre si la dificultad primaria implica a la atención o bien a la hiperactividad-impulsividad.

En la revisión de Scahill y Schwab-Stone (2000) la prevalencia del TDAH en niños de edad escolar oscila entre el 5% y el 10%. La característica principal del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, algunos de estos síntomas están presentes antes de los 12 años. Este trastorno conlleva serias dificultades en el contexto académico y el entorno familiar (DSM-5).

Según Curatolo, Paloscia, D'Agati, Moavero y Pasini (2009), la neurobiología del TDAH revela que se trata de un trastorno con base en el cerebro, con anomalías funcionales en extensas pero específicas áreas. Aunque ningún marcador biológico es suficiente para su diagnóstico (APA, 2014). Los hallazgos más significativos y consistentes con imágenes estructurales muestran volúmenes más pequeños del cerebro total, así como volúmenes reducidos en el lóbulo frontal derecho, la corteza parietal derecha, el núcleo caudado y los hemisferios cerebelosos. Suelen presentar hipofunción de los circuitos catecolaminérgicos, particularmente de aquéllos que se proyectan en el córtex prefrontal (Shue y Douglas, 1992). A su vez, la revisión de Tripp y Wickens (2009) sugiere que la noradrenalina está más relacionada con el subtipo inatento y la dopamina con el subtipo combinado, aunque los autores no desarrollan lo suficiente esas diferencias y el TDAH es tratado más bien de forma conjunta. El arousal, según Nigg (2005), es un candidato posible para poder explicar déficits neurocognitivos en el TDAH.

Barkley (1997), ya diferenciaba los subtipos inatento y combinado desde la perspectiva de los procesos subyacentes; en vez de, centrarse en los problemas de atención, propuso que el problema central del tipo Hiperactivo-Impulsivo y del tipo combinado era la pobre inhibición conductual. El tipo Inatento, en cambio, puede representar un trastorno cualitativamente diferente del TDAH, en esta dirección apuntan las opiniones de algunos autores (Hinshaw, 2001; Barkley, 2001; Goth-Owens, Martínez-Torteya, Martel, y Nigg, 2010), y ésta es la línea de investigación que tomamos aquí como punto de partida.

La hipótesis central de este trabajo se expresa dentro del marco de la organización funcional del cerebro según la conceptualización de Luria, habida cuenta de que el cerebro en desarrollo pasa por un proceso madurativo singular en edades escolares, es decir, entre los 7 y los 11 años. La hipótesis principal anticipa que existen diferentes substratos en el cerebro infantil responsables de los diferentes déficits de atención. Concretamente, el déficit de atención de los dos subtipos de TDAH que lo padecen se explicará por deficiencias en el funcionamiento de dos bloques o unidades diferentes: el funcionamiento alterado del tercer bloque será la base del trastorno por déficit de atención del subtipo Combinado del TDAH, en tanto que retrasos madurativos y disrupciones en el bloque funcional segundo estarán en la base del déficit del subtipo Inatento del TDAH. Las influencias de ambos bloques sobre el primero, el de activación y atención, pueden explicar los resultados de ambos subtipos en las pruebas a las que son sometidos.

Objetivo

Mediante la clasificación inicial de conglomerados, con los datos obtenidos en las escalas de calificación del comportamiento en el medio escolar, el objetivo consiste en hallar perfiles cognitivos y neuropsicológicos diferenciados, basados en el WISC-R y en los 19 subtests neuropsicológicos de la batería Luria-DNI, correspondientes a los dos subtipos con déficit de atención en el TDAH; ello orientado a la mejor interpretación de los déficits cerebrales subyacentes en uno y otro subtipo.

Método

Muestra y corpus de datos

Hemos contado con la participación de 180 niños/as de entre 7 y 10 años, 126 niños y 54 niñas. Los niños/as estaban recibiendo escolarización en colegios convencionales ubicados en Madrid, Salamanca, León y Tenerife, desde donde eran remitidos por los profesores, a través de sus padres, o por su pediatra, a evaluación de sus capacidades, sobre todo por falta de aprovechamiento en el centro escolar. El extenso corpus de datos se ha originado de la exploración de varias horas por niño/a, en al menos tres sesiones de hora y media cada una, que han llevado a cabo personas especialmente preparadas en evaluación cognitiva y neuropsicológica a niños en edad escolar.

Es una muestra heterogénea respecto a sus trastornos, aunque la preocupación fundamental de padres y profesores era en todos los casos su bajo rendimiento en el centro escolar. Heterogénea debido a las edades escolares, entre 7-11 años, no siempre con el mismo ritmo en el proceso madurativo. También y, sobre todo, heterogénea por sus diferentes capacidades intelectuales.

Instrumentos

1. La batería Luria-DNI

La batería Luria-DNI (Manga y Ramos, 1991), es la aplicación práctica del diagnóstico neuropsicológico de Luria, se basa en la versión castellana del libro de Christensen, publicada en 1987. Consta de 19 subtests y 195 ítems, la batería Luria-DNI se presenta como un instrumento muy útil para la evaluación neuropsicológica de niños en edad escolar, la elección de estas edades asegura el estudio de una organización cerebral claramente diferenciada de los patrones del cerebro adulto y, a su vez, evita la acusada inmadurez de la etapa preescolar (Manga y Ramos, 1991). Explora 5 amplias áreas de competencias o dominios: MOTRICIDAD (subtest LU1 y LU2), PERCEPCIÓN (subtest de LU3 a LU7), LENGUAJE HABLADO (subtest de LU8 a LU11), LENGUAJE ESCRITO Y ARITMÉTICA (subtest de LU13 a LU17), y MEMORIA (subtest LU18 y LU19). Cuenta con baremos adecuados a 4 niveles de edad: nivel de 7 años cumplidos, nivel de 8 años, nivel de 9 años y nivel de 10 años en adelante.

2. WISC-R (Wechsler, 1974)

De forma complementaria, para medir su nivel de inteligencia, se les aplicó también todos los subtests de las Escalas Verbal y Manipulativa del WISC-R, obteniendo puntuaciones de cada subtest y de su cociente intelectual verbal, manipulativo y total (CIV, CIM y CIT). Se trata de una prueba para medir la inteligencia de los niños a través de la evaluación de 10 capacidades. Consta de 10 subtests para tales capacidades, más otros 2 complementarios: Dígitos y Laberintos. La puntuación tipificada de cada subtest alcanza una media de 10 puntos y una desviación típica de 3. La combinación de 5 de esas puntuaciones da por resultado un Cociente Intelectual Verbal (CIV), lo mismo que de la combinación de los otros 5 se obtiene un Cociente Intelectual Manipulativo (CIM) o Perceptivo-espacial. De la combinación del CIV y el CIM se obtiene el Cociente de Inteligencia (CI) sin más, o CI Total (CIT). Cada uno de estos CI tienen una puntuación media de 100 y una desviación típica de 15.

3. Escalas de Comportamiento Infantil (ECI) (Manga, Garrido, y Pérez-Solís, 1997)

Este corpus de datos se acompañaba de las valoraciones que de cada niño hacían sus profesores. Las escalas de las ECI son 4. La Escala A posee 10 ítems que evalúan el Desinterés por el estudio. La Escala

B también posee 10 ítems, los cuales permiten a los profesores evaluar conductas observadas en las clases, que constituyen la Escala del déficit de atención. La Escala C comprende 7 ítems, los que conforman la Escala de dificultades para aprender. Por fin, la Escala D, con 10 ítems, constituye la Escala de hiperactividad.

En pocos minutos permiten evaluar diferentes tipos de conductas que interesan y que el niño viene mostrando en períodos de tiempo relativamente largos, posibilitan mediciones con validez ecológica y saber la desviación estadística de las conductas atencionales de cada niño, por referencia a los datos normativos en función de su edad y sexo.

Procedimiento

En este trabajo es básico el análisis de conglomerados (o clúster) según el paquete estadístico STATISTICA, completado con los ANOVAs pertinentes y la prueba t de comparación de medias.

Las puntuaciones obtenidas en las cuatro escalas ECI son las que nos permiten elegir una solución del número de conglomerados a partir de lo que sugiere el dendrograma y el marco teórico del DSM-IV y DSM-5. A partir de la obtención de los conglomerados interpretables, se realiza la descripción de cada uno y de sus perfiles cognitivos y neuropsicológicos, comparando los perfiles de los subtipos del TDAH, inatento y combinado, obtenidos según la valoración de sus profesores.

Resultados

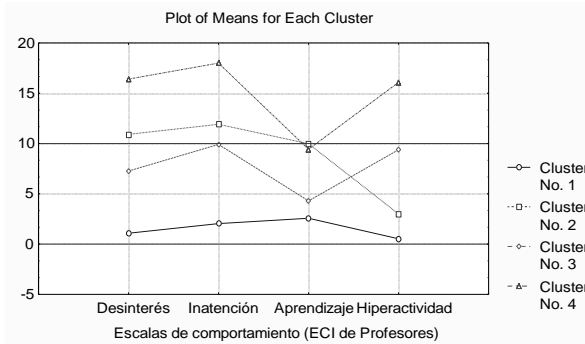
El dendrograma ha sugerido la solución de cuatro conglomerados o clúster según el comportamiento observado en el centro escolar (ECI). Se pueden ver en la Tabla 1 los conglomerados con su número de componentes, sexo y edad.

Tabla 1. Los cuatro grupos (G1-G4) sugeridos por el dendrograma

	G1 Cluster 1	G2 Cluster 2	G3 Cluster 3	G4 Cluster 4	Totales
	Adaptado de nivel I (ADAP-I)	Inatento (TDA)	Adaptado de nivel II con DEA Leve (ADAP-II)	Inatentos/ hiperactivos (TDAH)	
NIÑOS	32	28	21	45	126
NIÑAS	19	18	13	4	54
Totales	51	46	34	49	180
Edad (años)	9.4	9.3	8.9	9.0	9.19

En cuanto a la distribución de niños y niñas en los dos subtipos con déficit de atención, el TDA y el TDAH, la diferencia es estadísticamente significativa ($\chi^2_{[1]} = 12.79, p < .001$) por contener mayor número de niñas el subtipo inatento (clúster 2) que el subtipo combinado (clúster 4). Ambos subtipos abarcan el 53% de la muestra.

Figura 1. Medias de las cuatro escalas ECI para cuatro grupos de niños

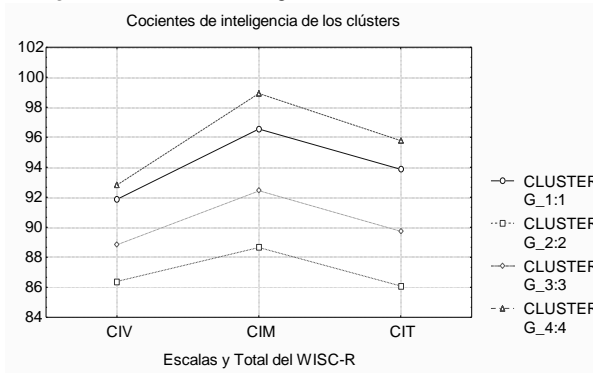


Observando la calificación de los profesores a los 180 escolares en las ECI, cuyas medias se representan en la Figura anterior, notamos por debajo de la línea horizontal roja (10) todas las puntuaciones de dos grupos, el G1 y el G3, los cuales son considerados con adecuada adaptación, por lo que no presentan problemas de consideración en ninguna de las cuatro escalas. No obstante, existe una mejor calificación para el nivel de adaptación del G1 (ADAP-I), siendo menor el nivel de adaptación del G3 (ADAP-II) por presentar ciertas puntuaciones negativas de carácter leve.

Otros dos grupos obtienen puntuaciones claramente por encima de la línea horizontal roja en déficit de atención: son los inatentos del G2 sin hiperactividad (TDA) y los inatentos con hiperactividad del G4 (TDAH). Estos dos grupos tienen especiales problemas de aprendizaje (la puntuación de 10 en problemas de aprendizaje de las escalas ECI ronda el percentil 93). Estos trastornos del aprendizaje en los subtipos del TDAH no tienen que interpretarse sin tener en cuenta su alta puntuación en desinterés escolar. La posible comorbilidad del déficit de atención con dificultades específicas de aprendizaje ha de contemplarse en el desempeño académico de estos dos grupos, en especial del G2.

La capacidad intelectual de los cuatro grupos se muestra representada en la Figura 2, donde se hallan las puntuaciones de los cuatro conglomerados en el WISC-R: en las Escalas (CIV y CIM) y CI Total.

Figura 2. Medias de los conglomerados en los CI del WISC-R



La comprobación del ANOVA nos ha dado diferencias estadísticamente significativas entre grupos en CIM y CIT. La siguiente Figura 3 nos ayuda a percibir gráficamente las posibles diferencias en CIT comprobadas mediante el test post-hoc de Newman Keuls.

Figura 3. Existe diferencia significativa ($p < .05$) entre el CIT de G4 (95.8 puntos) y el G2 (86.1 puntos)

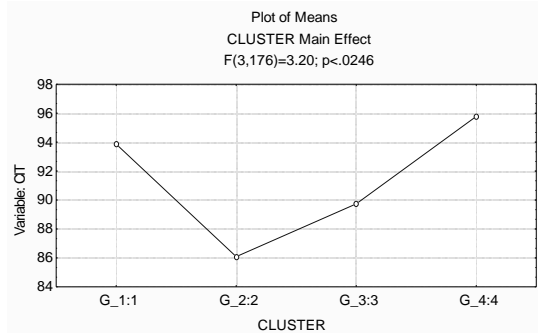
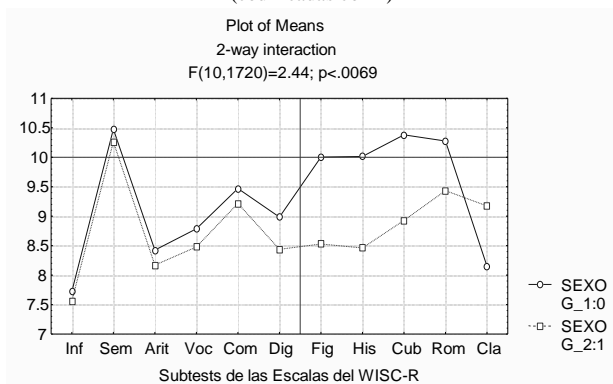


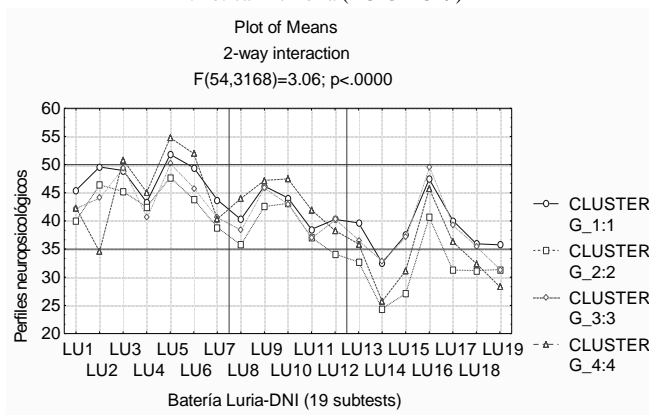
Figura 4. Perfiles cognitivos del desempeño en los subtests del WIS-R, de niños (codificados con 0) y de niñas (codificadas con 1)



Esta diferencia en la Escala Manipulativa entre niños y niñas ayuda a entender la superioridad de la capacidad intelectual del G4, compuesto por un alto número niños (45) y sólo 4 niñas.

Los perfiles neuropsicológicos para los cuatro conglomerados aparecen representados a continuación en la Figura 5. Entre las dos líneas horizontales se sitúan las puntuaciones entre 50 (la media en puntuaciones T) y 35 (una desviación típica y media por debajo) de cada grupo (conglomerado o clúster).

Figura 5. Puntuaciones medias de los cuatro grupos en los subtests de la batería Luria-DNI, dividida en tres dominios: A. Motricidad y percepción (LU1-LU7), B. Lenguaje receptivo y expresivo (LU8-LU12) y C. Lectoescritura-Aritmética-Memoria (LU13-LU19)



Las mayores diferencias entre los niños/as con y sin TDAH se observan en el Dominio de Lectoescritura-Aritmética-Memoria, aquí el rendimiento de los niños/as con TDAH es inferior. De los grupos mejor adaptados, se puede decir que su perfil neuropsicológico es muy similar entre sí en los tres dominios explorados con la batería Luria-DNI.

Las diferencias dignas de mención entre los dos subtipos del TDAH se observan en el dominio A. El perfil del subtipo combinado en este dominio es particularmente desigual: bajo en motricidad (LU1-LU2) y alto en percepción (LU3-LU7). Destaca la baja puntuación en LU2 (Control verbal del acto motor), muy inferior a la obtenida por los otros tres grupos, especialmente la del subtipo inatento. El perfil del G2 (TDA) es el que, en general, obtiene peores resultados de los cuatro conglomerados. Ello se

puede explicar por dos debilidades añadidas a la inatención, como son la escasa capacidad intelectual y su déficit en la capacidad fonológica (Audición fonémica).

A continuación, vemos las puntuaciones de los grupos TDA y TDAH en las variables de la batería Luria-DNI, del WISC-R y de las ECI.

Tabla 2. Comparación de medias entre el subtipo inatento (28 varones y 18 mujeres) y el subtipo combinado del TDAH (45 varones y 4 mujeres)

Variables	Grupo 1 (TDA). N= 46		Grupo 2. (TDAH). N= 49		Comparación entre los grupos	
	M	DT	M	DT	t	p
Edad (en años)	9.3	1.6	9.0	1.5	.95	.345
(Del WISC-R)						
CIV	86.4	16.6	92.8	12.4	-2.15	.034
CIM	88.6	16.7	98.9	14.9	-3.16	.002
CIT	86.1	15.3	95.8	12.8	-3.34	.001
(De Luria-DNI)						
LU1	40.0	10.4	42.3	10.8	-1.07	.285
LU2	46.4	13.6	34.5	15.2	3.99	.000
LU3	45.2	16.5	50.8	13.2	-1.83	.069
LU4	42.5	13.8	45.1	12.9	-.95	.340
LU5	47.7	14.3	54.8	11.4	-2.66	.009
LU6	43.9	11.8	51.9	10.3	-3.56	.000
LU7	38.8	10.8	40.3	11.1	-.66	.506
LU8	35.8	13.8	44.0	12.9	-2.99	.003
LU9	42.6	12.9	47.2	11.2	-1.87	.064
LU10	43.1	12.5	47.5	11.0	-1.81	.073
LU11	37.0	11.7	42.0	12.6	-1.97	.051
LU12	34.1	11.3	38.3	13.9	-1.60	.112
LU13	32.7	12.7	35.9	13.5	-1.19	.237
LU14	24.4	7.3	25.7	7.9	-.83	.407
LU15	27.1	10.3	31.2	12.0	-1.76	.081
LU16	40.6	16.0	45.7	15.4	-1.58	.116
LU17	31.3	11.5	36.3	13.5	-1.93	.055
LU18	31.2	10.7	32.4	12.5	-.51	.607
LU19	31.4	11.2	28.3	9.3	1.46	.148
(De las ECI)						
Desinterés escolar	10.9	5.2	16.4	3.7	-5.96	.000
Déficit de atención	11.9	4.4	18.0	2.1	-8.76	.000
Dif. Aprendizaje	10.0	2.7	9.4	3.3	.89	.377
Hiperactividad	3.0	2.6	16.1	3.5	-20.65	.000

Seguidamente, se comparan los dos subtipos del TDAH (TDA o G2 y TDAH o G4) en sus respectivos perfiles neuropsicológicos.

Figura 6. Perfiles neuropsicológicos de los subtipos inatento (G2) y combinado (G4) del TDAH

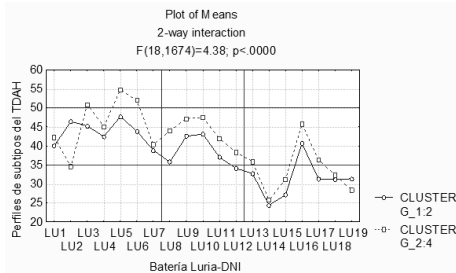
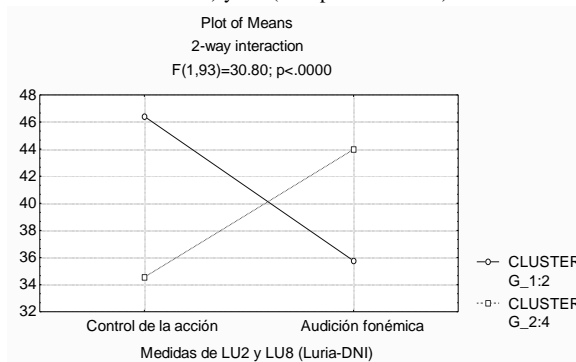


Figura 7. Interacción altamente significativa entre LU2 (izquierda) y LU8 (derecha) y los conglomerados G2 (subtipo inatento) y G4 (subtipo combinado)



Se muestra cómo el subtipo inatento tiene una debilidad principal en Audición fonémica (LU8), pero es fuerte en Control de la acción (LU2), precisamente lo contrario de lo que ocurre en el subtipo combinado.

Podemos resumir sobre el TDAH (subtipo combinado):

- Posee entre sus integrantes mayor proporción de varones que ningún otro grupo.
- Muestra capacidad intelectual alta, en comparación con los demás grupos.
- Las dificultades de aprendizaje pueden deberse más a dificultades derivadas del control de la acción voluntaria, que a trastorno específico de aprendizaje propiamente dicho (DSM-5).
- Los tres puntos débiles, en forma muy acusada, son LU2, LU14 y LU19, cuyo factor neuropsicológico deficitario se halla en zonas terciarias prefrontales.
- Las capacidades lingüísticas superan a las de los demás grupos, tanto en su perfil cognitivo como en el neuropsicológico.
- Las calificaciones de los centros escolares sitúan a estos niños/as en el percentil 93 o superior (escalas ECI), tanto en déficit de atención como en hiperactividad.
- También se califica en las ECI a los integrantes del subtipo combinado con muy escaso interés por las tareas escolares, e incluso con problemas importantes para el aprendizaje.

En el subtipo inatento se observa:

- Alto en déficit de atención sin tener hiperactividad.
- Inferior CI que el subtipo combinado.
- Inferior en capacidades de lenguaje hablado, particularmente en Audición fonémica, lo que sugiere dificultades de aprendizaje cuyo factor neuropsicológico deficitario reside en zonas terciarias posteriores, con alteración de la capacidad de transformación grafema/fonema.
- En la Tabla 2 se muestra que existe una clara tendencia a ser inferiores en capacidades aritméticas (LU17) a los del grupo combinado. Esta asociación entre disgrafía y discalculia es propia del síndrome de Gerstmann del desarrollo, con el factor neuropsicológico deficiente vinculado a la circunvolución angular del hemisferio izquierdo.
- No habría que descartar el trastorno del lenguaje y su comorbilidad, ya que, según el DSM-5, (2014): “El trastorno del lenguaje se asocia de forma importante a otros trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno específico del aprendizaje (lectoescritura y aritmética), el trastorno por déficit de atención/hiperactividad...” (p. 44).
- Siguiendo al DSM-5, (2014): “Aún no está claro si las anomalías cognitivas son la causa, el correlato o la consecuencia de las dificultades de aprendizaje” (p. 70).

□ El subtipo inatento ha sido calificado con escaso interés para las tareas escolares, lo cual complica saber si es o no trastorno específico del aprendizaje: “Los niños con trastorno específico del aprendizaje pueden parecer inatentos por su frustración, su falta de interés o su capacidad limitada” (DSM-5, 2014, p. 64).

Discusión/Conclusiones

Cuando utilizamos las Escalas de Comportamiento Infantil (ECI) es porque miden el déficit de atención observado en el ámbito escolar, la hiperactividad y, al mismo tiempo, la posible desmotivación ante las tareas escolares. Estas tres escalas acompañan a la cuarta que valora dificultades observadas para el aprendizaje. Se pone así de manifiesto la fuerte implicación de varios factores en los aprendizajes escolares, que conviene tener en cuenta al programar el tratamiento de los problemas de aprendizaje. Se indican los más significativos y comunes a todos los subtipos de niños con dificultades de aprendizaje:

- *La desmotivación escolar.* Se observó que los niños con problemas de aprendizaje mejor capacitados intelectualmente son los más desmotivados a nivel escolar. Por lo que se convierte en una variable clave a tener en cuenta al programar la atención educativa a estos alumnos.

- *El déficit de atención,* con o sin hiperactividad, está presente prácticamente en todos los subtipos de niños con dificultades de aprendizaje, haciéndose imprescindible abordar el tratamiento de este problema, tanto desde la vertiente clínica como desde la educativa, como paso previo para poder intervenir en las dificultades educativas que presentan.

- *Los problemas de memoria,* tanto inmediata como lógica, los presentan todos los niños con problemas de aprendizaje. Se necesita trabajar sistemáticamente programas que la estimulen y la desarrollen, así como enseñar estrategias que ayuden a mejorar la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que, aunque la asociación entre déficit de atención e hiperactividad/Impulsividad en el subtipo Combinado es muy fuerte existe mayor asociación entre el déficit de atención y el desinterés escolar, según muestran los resultados obtenidos en las ECI de Profesores. La comprensión de la relación existente entre motivación escolar y atención es decisiva cuando la intervención tiene como meta la recuperación de niños con dificultades de aprendizaje (Manga et al., 1997).

Es imprescindible, por tanto, desarrollar planteamientos educativos orientados a las dificultades específicas de aprendizaje asociadas a cada subtipo (intento y combinado) del TDAH, que permitan ajustar el tratamiento educativo a las necesidades de cada niño particular.

Respecto a los procesos cerebrales subyacentes, Barkley (1997) al atribuir desinhibición al subtipo combinado como la clave para entender sus manifestaciones y procesos subyacentes, su teoría o modelo del TDAH propone diferentes mecanismos subyacentes para este subtipo, a diferencia de los mecanismos subyacentes a la inatención y relativa ausencia de desinhibición del subtipo inatento. Así es como se puede entender que los individuos del subtipo combinado muestren déficits en el control inhibitorio y en la planificación, algo que no ocurre en los niños del subtipo inatento.

El control ejecutivo de la atención es una función que depende del córtex prefrontal, la circunvolución cingular anterior y los ganglios basales, fundamentalmente. El neurotransmisor que interviene modulando la red neural del control ejecutivo es la *dopamina*. El control ejecutivo de la atención se estudia a menudo con tareas que implican conflicto, como son las diferentes variantes o versiones del *test de Stroop*. La resolución del conflicto en estas tareas activa áreas del cingular anterior y del córtex prefrontal lateral; esta red se activa también en tareas que implican conflicto entre un *target* central y distractores laterales al *target*, pudiendo ser éstos congruentes o incongruentes con el *target* (Botvinick, Braver, Barch, Carter, y Cohen, 2001; Fan, McCandliss, Fossella, Flombaum, y Posner, 2005).

En este trabajo, el control ejecutivo ha sido evaluado con el test Control verbal del acto motor (LU2) de la batería neuropsicológica Luria-DNI, compuesto por 16 ítems y sensible a las respuestas en

conflicto. En los resultados hemos visto como los niños/as del subtipo Combinado obtenían peores puntuaciones en este test que los niños/as sin TDAH y que aquellos con déficit de atención sin hiperactividad. Concluimos que en los niños con TDAH Combinado el factor subyacente alterado primario, se halla en las áreas terciarias frontales (tercer bloque funcional).

Mientras que en el grupo de niños inatentos se postula disfunción en las áreas terciarias posteriores, las parieto-occipitales (segundo bloque funcional), por retraso madurativo en las edades de 7-10 años. Esta disrupción podrá explicar la dificultad que presentan en Audición fonémica y la frecuente comorbilidad con las dificultades de aprendizaje, su disgrafía es derivada de problemas lingüísticos, no de fallo en el control de la acción dirigida hacia un objetivo como sucede en el subtipo combinado.

Se puede afirmar que el funcionamiento neuropsicológico ayuda a explicar muchos de los déficits (comportamentales, cognitivos y psicosociales) hallados en trastornos como el TDAH de los niños en edad escolar. La neuropsicología clínica infantil puede aportar una evaluación integrada dirigida a comprender mejor los trastornos de los niños, tales como el TDAH, la dislexia y otras dificultades de aprendizaje, con el fin de desarrollar programas apropiados de tratamiento.

La comprensión más adecuada de los problemas académicos y de los posibles trastornos observados en cada escolar se postula recientemente como la meta a la que deben aspirar los profesionales de la educación.

Necesitamos comprender la compleja etiología de las dificultades específicas de aprendizaje y sus co-ocurrencias con el fin de apuntalar el entrenamiento de maestros, psicólogos escolares y clínicos, hasta el punto de que puedan reconocer confiablemente dificultades específicas de aprendizaje y optimizar los contextos de aprendizaje para los escolares individuales (Butterworth y Kovas, 2013)

Se trata de comprender mejor los trastornos neurocognitivos del desarrollo para impulsar en cada niño/a una mejora educativa de cada caso. Esa finalidad es coincidente con la pretensión del presente trabajo.

Los perfiles cognitivos individuales que se basan en pruebas neuropsicológicas son más útiles para entender las capacidades intelectuales que una única puntuación de CI. Este tipo de pruebas puede identificar áreas de fortaleza y debilidad relativas, que son evaluaciones importantes para la planificación académica y vocacional. (DSM-5, 2014).

Un avance añadido recientemente a la neuropsicología escolar se refiere a la consideración que los propios educadores de los centros escolares tienen del TDAH. Concretamente, preocupan las creencias y conceptualización sobre la etiología del TDAH (Russell, Moore, y Ford, 2016). Los profesionales de la educación juegan un importante papel al pedir (o llevar a cabo) una evaluación lo más completa posible de niños con síntomas de TDAH, con lo que se encauzará un tratamiento individual adecuado. La exploración de Russell et al. (2016) halló una clara división entre educadores, creyendo unos que los síntomas eran debidos a condiciones ambientales adversas en muchos de los casos, mientras que para otros la causa de los síntomas del niño con TDAH se halla en la predisposición biológica. Estas diferentes creencias podrían afectar al apoyo efectivo que cada niño con TDAH necesita en el medio escolar.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: GAT remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 489-493.
- Botvinick, M.M., Braver, T.S., Barch, D.M., Carter, C.S., y Cohen, J.D. (2001). Conflict monitoring and cognitive control. *Psychological Review*, 108, 624-652.

- Butterworth, B., y Kovas, Y. (2013). Understanding neurocognitive developmental disorders can improve education for all. *Science*, 340(6130), 300-305.
- Christensen, A.L. (1987). *El diagnóstico neuropsicológico de Luria*. Madrid: Visor.
- Curatolo, P., Paloscia, C., D'Agati, E., Moavero, R., y Pasini, A. (2009). The neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *European Journal of Pediatric Neurology*, 13, 299-304.
- Fan, J., McCandliss, B.D., Fossella, J., Flombaum, J.I., y Posner, M. I. (2005). The activation of attentional networks. *Neuroimage*, 26, 471-479.
- Goth-Owens, T.L., Martínez-Torteya, C., Martel, M.M., y Nigg, J.T. (2010). Processing speed weakness in children and adolescents with non-hyperactive but inattentive ADHD (ADD). *Child Neuropsychology*, 16(6), 577-591.
- Hinshaw, S.P. (2001). Is the inattentive type of ADHD a separate disorder? *Clinical Psychology. Science and Practice*, 8, 498-501.
- Manga, D., y Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de A.R. Luria a niños a través de la batería Luria*. Madrid: Visor.
- Manga, D., Garrido, I., y Pérez-Solís, M. (1997). Atención y motivación en el aula. *Importancia educativa y evaluación mediante Escalas de Comportamiento Infantil (ECI)*. Salamanca: Europsyque.
- Nigg, J.T. (2005). Neuropsychologic theory and findings in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: The state of the field and challenges for the coming decade. *Biological Psychiatry*, 57, 1424-1435. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.011
- Russell, A.E., Moore, D.A., y Ford, T. (2016). Educational practitioners' beliefs and conceptualisation about the cause of ADHD: A qualitative study. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 21(1), 101-118. doi: 10.1080/13632752.2016.1139297
- Scahill, L., y Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 541-555.
- Shue, K.L. y Douglas, V.I. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder and the frontal lobe syndrome. *Brain and Cognition*, 20, 104-124.
- Tripp, G., y Wickens, J.R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57, 579-589.
- Wechsler, D. (2005). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV)*. Madrid: TEA Ediciones.

CAPÍTULO 6

Resiliencia y actividad física: Indicador de salud en la práctica deportiva adolescente

Sara Bretón Prats*, Mar Cepero González**, Rosario Padiál Ruz***,
Antonio José Pérez Cortés****, Silvia San Román Mata*****,
y Manuel Castro Sánchez*****

Doct. Ciencias de la Educación; **Facultad de Ciencias de la Educación; *Facultad de Ciencias de la Educación, Granada; ****Universidad de Granada; *****Facultad de enfermería de Melilla, UGR; *****Universidad de Granada*

Introducción

En nuestra vida ocurren multitud de cambios dónde aparecen situaciones que nos proporcionarán nuevas experiencias y conocimientos. Estas vivencias conducen a cambios continuos y dinámicos (Ramos y Carvalho, 2008). En este sentido la adaptación a dichos momentos vendrá condicionada por los contextos subjetivos y objetivos de cada persona dentro de su propio proceso de aprendizaje que lo puede conducir al éxito o al fracaso (Lencastre et al., 2000).

Algunas personas son capaces de adoptar unas estrategias de adaptación, defensa y protección que les permite gestionar las adversidades, superarlas y mejorar; mientras que otros no aciertan a desarrollar sus capacidades y sufren (Dramismo, 2007). Esta habilidad presente en algunas personas es conocida como resiliencia.

La resiliencia es un concepto estudiado en diferentes ámbitos científicos como en la Física, Ingeniería, Ecología, Medicina, Ciencias Sociales, Psicología...refiriéndose en cada caso a un aspecto afín (Bretón, Zurita, y Cepero, 2016), esto confirma la afirmación de Dramismo (2007) dónde consideraba la resiliencia como una cualidad transdisciplinar que abarca un abanico disciplinario que se extiende desde la biología celular hasta la sociología, y que Connor y Davidson (2003) resumieron al entender la resiliencia como la habilidad personal que permite a un individuo un funcionamiento saludable, la adaptación a un contexto adverso o a un acontecimiento disruptivo en su vida diaria.

El concepto Resiliencia, es un término en auge y que presenta multitud de definiciones, aproximaciones y estudios que lo desarrollan (Martín, 2015).

Etimológicamente, la resiliencia proviene del latín “resilio” que significa “volver atrás, volver de un salto, resaltar” (Kotliatenco, Cáceres, y Fontecilla, 1997). Su uso inicial se observa en el campo de la física dónde dicho constructo hace hincapié en la resistencia de un material ante una posible rotura o la capacidad que posee el mismo para retomar su estado original, después de un periodo de estrés y/o presión (Martín, 2015). Aunque en los últimos años ha sido analizado por algunas investigaciones en el campo de las ciencias humanas y de la salud (Anaut, 2005).

Werner et al. (1993) consideraron la resiliencia como un proceso psicológico, producto de un equilibrio evolutivo, que resulta del enfrentamiento entre los elementos nocivos y los factores, tanto internos (carácter, cualificaciones cognitivas, autoestima, entre otros) como externos (familia, barrio, recursos comunitarios) protectores del propio individuo.

Otros autores como Grotberg (1996) y Masten (2001) consideran la resiliencia como un proceso a través del cual se produce un crecimiento o mejora, en el que tienen lugar acontecimientos y dificultades estresantes de manera que el individuo a través de la superación de los mismos, consigue ser más fuerte, no sólo en los planos importantes para la sociedad globalista como la faceta teórico-racional o lógico-

matemática, sino también en lo referente a un aprendizaje integral y holístico que prioriza el lado afectivo-emocional (Martín, 2015).

Valdivia (2016) describe la resiliencia como la capacidad con la que un individuo se puede enfrentar a una adversidad y que permite superarla de la forma más favorecida posible. Por lo que, como indica Lee et al. (2013), lo más efectivo es promocionar los factores protectores (autoestima, autoeficacia, apoyo social y optimismo) y reducir los factores de riesgo (estrés, ansiedad y depresión).

Un constructo estudiado desde puntos de vista tan diferentes, presenta una orientación dispar, según el propio investigador, dónde se puede presentar la resiliencia como un constructo estable propio de la personalidad que permite la adaptación del individuo a las adversidades que se le presentan, o bien como un concepto que se desarrolla gracias a la relación entre el sujeto y su entorno a lo largo del tiempo siendo un proceso totalmente dinámico (Bretón, Zurita, y Cepero, 2016; Secades et al., 2014; Martín, 2015). Este punto trae una falta de consenso en la definición del propio término de resiliencia (López-Suárez, 2014).

En definitiva, la resiliencia busca la superación de situaciones adversas o de estrés, que se presentan constantemente en una persona teniendo la plasticidad necesaria para transformarse, evolucionar y crecer en el dominio de sus capacidades (Castro y Llanes, 2006).

A pesar de todas las definiciones existentes, se puede observar que de forma inherente al propio concepto de Resiliencia se observan dos aspectos base. Por un lado, la exposición del sujeto a unos factores de riesgo significativo o adversidad que pueden ser únicos (por ejemplo, muerte de un familiar, enfermedad, etc.) o un cúmulo de circunstancias (niveles bajos socioeconómicos) y por otro lado, el logro de la readaptación positiva (Luthar y Cichetti, 2000).

Ambos puntos están presentes de forma continua en la propia actividad física y más concretamente en la práctica deportiva ya que la vida de un deportista se encuentra repleta de estados fluctuantes (victorias, derrotas, lesiones...), que influyen en la actividad tanto personal como psicológica (Secades et al. 2014), por lo que comprender aquellas habilidades que permiten al deportista afrontar dichas situaciones debe ser importante en el estudio de la Actividad Física y el Deporte.

Multitud de autores afirman que la práctica de la actividad física de forma regular favorece la autoestima, evita problemas mentales como la depresión, baja el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y aumenta la densidad mineral ósea (Specker y Vukovich, 2007; Torres-Mejías, Pineda, y Téllez-Rojo, 2015); mejora las competencias sociales e interpersonales, permitiendo una mayor iniciativa y capacidad para tomar decisiones, manejar de mejor forma los conflictos y aumentando las habilidades de comunicación (Elder y Conger, 2000) por lo que es importante para la promoción del desarrollo integral de la persona (Ennis, 1999; Eccles y Gootman, 2002; Parra, Oliva, y Antolín, 2009). Además, aquellos niños que realicen actividad física de forma diaria y moderada o vigorosa, mantendrán estas conductas saludables en la adultez (Chillón et al., 2002; Twisk, Kemper, y Van Mechelen, 2000; Salazar, Feu, y De la Cruz, 2013; Crespo-Salgado et al., 2015). Responsables y expertos de diferentes países en materia de salud creen que la actividad física es un objetivo prioritario para la mejora de la salud en los jóvenes (Welk, Corbin, y Lewis, 1995) existiendo cada vez más conciencia de la importancia de la actividad física en la mejora de la calidad de vida de los adolescentes (Fernández, 1972; Chillón et al., 2002).

Autores como González (2016) puntualiza que los beneficios que la propia actividad física regular presenta en los adolescentes serían:

- Ayuda al crecimiento de músculos, huesos y articulaciones.
- Controla el peso, aumentando la masa muscular y disminuyendo el porcentaje de grasa.
- Previene o atrasa la hipertensión arterial, además disminuye la presión arterial.
- Disminuye y controla el colesterol.
- Aumenta la autoestima y disminuye la depresión y ansiedad.
- Ayuda a obtener otros hábitos saludables.

- Mejora las relaciones sociales.

Sin embargo, a pesar de seguir siendo una actividad de ocio muy practicada por los niños y jóvenes (Amado, Leo, Sánchez-Miguel, Sánchez-Oliva, y García-Calvo, 2009; Izquierdo et al., 2013), la actividad física ha sufrido un descenso en su práctica debido al aumento del sedentarismo (Casado, 2001; Generelo, Murillo, y Sevil, 2017), la llegada de las tecnologías, (Castro, 2016; Fuentes-Justicia, 2011; Noriega et al., 2015) y del ocio nocturno (Carreres, 2014), siendo en la adolescencia el principal foco de abandono (Balaguer, Pastor, y Moreno, 1999; Generelo, Murillo, y Sevil, 2017; Rivera et al., 2015; Olds et al., 2009; Sallis et al., 2000).

Varios estudios dan resultados sobre el nivel de actividad física practicada por los adolescentes (Pérez-Turpín y Suárez, 2007; Ruíz-Juan, De la Cruz-Sánchez, Ruiz-Risueño, y García-Montes, 2008; Gómez-López, Ruiz-Juan, García-Montes, Flores-Allende, y Barbero-Montesinos, 2008) tanto en diferentes comunidades autónomas (López de las Heras, 2005) como en ámbitos geográficos que agrupan varias comunidades (Hernández y Velázquez, 2007) como en ámbitos geográficos de ciudades específicas (Latorre, 2007; Institut Barcelona Esports, 2008); y aunque los resultados son distintos, si presentan dos características en común: en todos los casos los valores de los varones son superiores a los porcentajes que representan a las mujeres (Generelo, Murillo, y Sevil, 2017; Oviedo et al., 2013) y en un porcentaje muy bajo la práctica de actividad física moderada o vigorosa realizada por adolescentes supera los 60 minutos diarios, tal como recomienda la OMS (Álvaro, 2015; Abarca et al., 2010).

Esta falta de actividad física puede provocar diferentes enfermedades crónicas en el futuro (Casado, 2001, Saldarriaga et al., 2017). Es cierto que éstas raramente se manifiestan antes de la adultez (Ramos, 2009), pero ya hay estudios que encuentran algunas relaciones con el sobrepeso, la obesidad, la salud músculo-esquelética y la salud mental (Strong et al., 2005). Tal como dicen Vicente-Rodríguez et al. (2008), los índices de obesidad en la adolescencia se han elevado de forma exagerada en las últimas décadas ascendiendo al 25% en chicos y el 20% en chicas.

Por eso es importante realizar investigaciones desde el ámbito educativo que promocionen la práctica deportiva en la adolescencia evitando de esta forma al deterioro de la salud y a los riesgos fisiológicos en el futuro (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Ortega et al., 2005).

La vida de un adolescente deportista se encuentra repleta de estados fluctuantes propias de su etapa evolutiva y, además, de la propia práctica deportiva, que influyen en la actividad tanto personal como psicológica (Secades et al., 2014; Connor, Davidson, y Lee; 2003), por lo que comprender aquellas habilidades que permiten al adolescente afrontar dichas situaciones adversas en el deporte deben ser importantes en el estudio de la Actividad Física (Bretón, Zurita, y Cepero, 2016).

El estudio de la resiliencia, por tanto, adquiere importancia en la etapa de la adolescencia dónde el deportista se enfrenta, además, a los cambios propios del periodo evolutivo (Connor, Davidson, y Lee, 2003). Se encuentran varios estudios que se basan en ambos términos como Fox (1988); Fox y Corbin (1989); Standage, Duda y Ntoumanis (2005) y Romero (2009); y más recientemente Chacón, Castro, Espejo y Zurita (2016), Videra-García y Reigal-Garrido (2013), Zurita et al. (2016) o Bretón, Zurita y Cepero (2017).

La intención es que la formación personal y deportiva sea un espacio de reflexión-acción que prepare al adolescente en su camino hacia la vida adulta (Sousa, 2006), que se centre en el camino y en las capacidades que le permitirán la superación personal siendo la resiliencia un indicador de adaptación exitosa en la el desarrollo integral del sujeto (Oliva, Jiménez, Parra, y Sánchez-Queija, 2008; Masten y Tellegen, 2012).

En una revisión previa de Bretón, Zurita y Cepero (2016), se analizaron diferentes investigaciones relacionadas con el término resiliencia dentro del contexto del deporte indicando los hallazgos de las mismas. El objetivo de este trabajo es tomar dicha como base para realizar y analizar las conclusiones formuladas y relacionarlas con la propia adolescencia.

Metodología

Bretón, Zurita y Cepero (2016) realizaron una revisión teórica de distintos estudios siguiendo unos criterios. En primer lugar, tuvieron en cuenta que las investigaciones realizadas mostraran una muestra específica de sujetos deportistas o ex deportistas, ya que es complicado que las investigaciones realizadas con personas no deportistas se extrapolen a muestras de deportistas, debido a que los primeros deben enfrentarse a una situación crítica de forma forzada mientras que los segundos la situación de estrés se presenta de forma consciente (Secades et al., 2014).

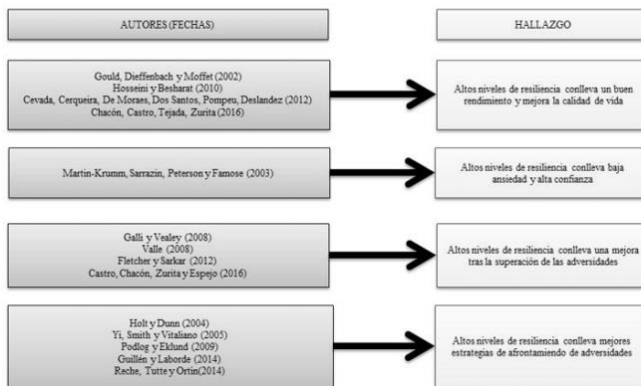
En segundo lugar, las investigaciones observadas estaban realizadas a partir del año 2000 ya que el estudio de la Resiliencia, según Secades et al. (2014) y Zurita et al. (2016), solo en estas últimas dos décadas se ha suscitado un justificado y especial interés por parte de la Psicología del Deporte y del Ejercicio. Finalmente, la búsqueda de los mismos fue realizada en las principales bases de datos incluyendo Web of Science (Journal citation Report), Scopus, Google Scholar, además de manuales especializados restringiendo los años de búsqueda y empleando los términos “resiliencia”, “deporte” y “rendimiento deportivo” tanto en castellano como en inglés. Asimismo, se han utilizado las siguientes combinaciones resiliencia AND deporte, resiliencia AND rendimiento deportivo, resiliencia AND deporte AND rendimiento deportivo.

Estos resultados han sido relacionados con la propia adolescencia como etapa importante en el crecimiento y desarrollo evolutivo de las personas.

Resultados

En Bretón, Zurita y Cepero (2016), se puede observar el gran número de investigaciones analizadas. Los datos encontrados, pueden ser resumidos en la Imagen I.

Imagen I. Resultados Bretón, Zurita y Cepero (2016)



Como se puede observar, uno de los aspectos que más ha sido estudiado en relación a la Resiliencia, es su influencia con el propio rendimiento deportivo.

Otro de los aspectos investigados es la relación de la resiliencia con la superación de situaciones adversas mediante la utilización de un mayor número de estrategias para enfrentarse a dichas situaciones y superarlas de forma positiva usando de forma indistinta factores protectores internos (estrategias de afrontamiento, factor básico de la resiliencia) o externos como el apoyo social, consiguiendo crecer en el proceso de superación.

Finalmente, otro hallazgo importante, ha sido la mejora de la confianza en uno mismo, así como una baja ansiedad para aquellos deportistas con niveles de resiliencia altos.

Si nos centramos en las investigaciones con muestras de deportistas adolescentes (Martin-Krumm, Sarrazin, Peterson, y Famose, 2003; Yi, Smith, y Vitaliano, 2005; Bretón, Zurita, y Cepero, 2017), los niveles altos de resiliencia en el propio deportista, proporciona una mayor autoconfianza y las estrategias necesarias para poder superar de forma positiva las diferentes situaciones adversas propias de la actividad física practicada y la etapa en concreto.

Discusión/Conclusiones

La vida misma y más aún, la propia adolescencia está repleta de situaciones conflictivas y estresantes que la persona debe superar con todas las herramientas que posee. A estas situaciones propias del contexto diario, le podemos añadir las visibles dentro de la propia práctica deportiva, complicando las diferentes situaciones diarias del adolescente deportista.

Una de las herramientas que se puede tener para superar las adversidades es la Resiliencia, una cualidad presente en aquellas personas que no bajan los brazos ni se rinden ante cualquier obstáculo. Este constructo empieza a tener importancia en las últimas décadas dentro de las investigaciones de la Psicología deportiva frente a la mejora del rendimiento deportivo y la superación de aspectos estresantes y adversos vividos por el propio deportista. (Bretón, Zurita, y Cepero, 2016)

Se puede observar que no existe un consenso sobre la propia definición de Resiliencia (López-Suárez, 2014) que provoca una incertidumbre. Al mismo tiempo, y a pesar de la importancia que en los últimos años está teniendo dicho constructo, los hallazgos relacionados con la propia Resiliencia y el deporte son escasos. La mejora del rendimiento deportivo debido a niveles positivos de resiliencia que permiten la superación de retos y situaciones adversas es el punto más estudiado (Ortín-Montero et al., 2013).

Si, además, se relaciona con una de las etapas más problemáticas del crecimiento evolutivo y dónde la resiliencia es una herramienta fundamental para la superación de las adversidades, los resultados se centran en la mejora de la autoconfianza y la capacidad de poseer un mayor número de estrategias para resolver las situaciones conflictivas.

La resiliencia es una habilidad que todas las personas poseen en mayor o menor medida, y que favorece la mejora en la actividad física como a la inversa. Por lo que se debería seguir investigando en diferentes ámbitos y en busca de nuevas afirmaciones que permitan ofrecer mejores herramientas a nuestros deportistas.

Referencias

- Abarca-Sos, A., Zragoza, J., Generelo, E., y Julián, J.A. (2010). Comportamientos sedentarios y patrones de actividad física en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 40(39), 410-427.
- Álvaro, J.I. (2015). *Análisis del autoconcepto en relación con factores educativos, familiares, físico y psicosociales en adolescentes de la provincia de Granada*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Amado, D., Leo, F.M., Sánchez-Miguel, P.A., Sánchez-Oliva, D., y García-Calvo, T. (2009). Análisis del conflicto entre la práctica deportiva, el contexto escolar y la amistad en jóvenes deportistas: Importancia de padres y madres. *Acción Psicológica*, 6(2), 45-54.
- Anaut, M. (2005). *A resiliencia. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Balaguer, I., Pastor, Y., y Moreno, Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana de Estudios Autonómicos*, 26(1), 33-56.
- Bretón, S., Zurita, F., Cepero, M. (2016). La resiliencia como factor determinante en el rendimiento deportivo. Revisión Bibliográfica. E-Balonmano.com. *Revista de Ciencias del Deporte*, 12(2), 79-88.
- Bretón, S., Zurita, F., y Cepero, M. (2017). Análisis de los constructos de autoconcepto y resiliencia, en jugadoras de baloncesto de categoría cadete. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(1), 127-132.
- Carreras, F. (2014). *Efectos, en los adolescentes, de un programa de responsabilidad personal y social a través del deporte extraescolar*. Tesis Doctoral: Universidad de Alicante.

- Casado, G. (2001). *Estudio sobre la inactividad física como factor de riesgo cardiovascular en niños: relación con la capacidad aeróbica mediante tests de laboratorio y de campo*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Castro, M. (2016). *Análisis de los parámetros psicosociales, conductuales, físico-deportivos y laborales de los adolescentes de Granada*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Castro, M., y Llanes, J. (2006). Tutoría en resiliencia. *LiberAddictus*, 94, 101-104.
- Chacón, R., Castro, M., Espejo, T., y Zurita, F. (2016). Estudio de la resiliencia en función de la modalidad deportiva: fútbol, balonmano y esquí. *Retos*, 29, 157-161.
- Chillón, P., Delgado, M., Tercedor, P., y González-Gross, M. (2002). Actividad físico-deportiva en escolares adolescentes. *Retos*, (3), 5-12.
- Connor, K., y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Crespo-Salgado, J., Delgado-Martín, J., Blanco-Iglesias, O., y Aldecoa-Landesá, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria*, 47(3), 175-183.
- Dramismo, H. (2007). Resiliencia y deporte. Sinopsis. *APSA Revista*, 43, 16-18.
- Eccles, J., y Gootman, J.A. (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academies Press.
- Elder, G.H.Jr., y Conger, R.D. (2000). *Children of the Land: Adversity and success in rural America*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ennis, C.D. (1999). Creating a culturally relevant curriculum for disengaged girls. *Sport, Education and Society* (4), 31-49.
- Fernández, J. (1972). Adolescencia y deporte. *Apunts Medicina de l'Esport*, 9(036), 181-190.
- Fletcher, D., y Sarkar, M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 669-678.
- Fox, K.R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.
- Fox, K.R., y Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Fuentes-Justicia, E. (2011). *Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en los escolares de primer ciclo de educación secundaria obligatoria de Jerez de la Frontera*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Generelo, E., Murillo, B., y Sevil, J. (2017). ¿Dónde falla la ecuación? *Fórum Aragón*, 20, 33-35.
- Gómez-López, M., Ruiz-Juan, F., García-Montes, M.E., Flores-Allende, G., y Barbero-Montesinos, G. (2008). Reasons influencing physical inactivity-sport in post-compulsory secondary education. *Retos*, (14), 80-85.
- González, J. (2016). *Actividad física, deporte y vida: beneficios, perjuicios y sentido de la actividad física y del deporte*. Lasarte-Oria: Editorial Oreki.
- Grotberg, E. (1996). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The International Resilience Project: Bernard Van Leer Foundation.
- Hernández, J.L., y Velázquez, R. (coord.) (2007). *La Educación Física, estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan*. Barcelona: Graó.
- Institut Barcelona Esports. (2008). *Estudi dels hàbits esportius escolars a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona: Institut Barcelona Esports.
- Izquierdo, M., Ibañez, J., Antón, M., Cebollero, P., Cadore, E., y Casa, A. (2013). *Ejercicio físico es salud: prevención y tratamiento de enfermedades mediante la prescripción de ejercicio*. Exercycle SL BH Group: Navarra.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Latorre, J. (2007). *El deporte en edad escolar en los colegios públicos de Educación Primaria de la ciudad de Zaragoza*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Lee, J.H., Nam, S.K., Kim, A., Kim, B., Lee, M.Y., y Lee, S.M. (2013). Resilience: A meta-analytic approach. *Journal of Counseling and Development*, 91, 269-279.
- Lencastre, L., Guerra, M.P., Serra-Lemos, M., y Costa-Pereira, D. (2000). *Adaptação dos alunos do 1º ano das licenciaturas da faculdade de Ciências da Universidade do Porto*. In J. Tavares y R. Santiago, Ensino Superior, (in)sucesso académico (pp. 73-106). Porto: porto Editora.
- López de las Heras, F.J. (2005). *El deporte en edad escolar en castilla-La Mancha: análisis y propuestas*. I Congreso Escuela y Deporte. Ciudad Real: Federación de Enseñanza de CCOO en Castilla-La Mancha.

- López-Suárez, M. (2014). *Relación entre satisfacción con la vida y satisfacción con el deporte y en jóvenes deportistas*. Tesis Doctoral: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Martín, J.A. (2015). *Efectos de un programa de educación física sobre la percepción corporal, el autoconcepto, la autoestima y la condición física en el alumnado de tercer ciclo de educación primaria*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Martin-Krumm, C.P., Sarrazin, P.G., Peterson, C., y Famose, J.P. (2003). Explanatory style and resilience after sport failure. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1685-1695.
- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A., y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345-361.
- Noriega, M.J., Jaén, P., Santamaría, A., Amigos, M.T., Antolín, O., Causo, I.,... Micó, C. (2015). Hábitos sedentarios en adolescentes escolarizados de Cantabria. *Retos: Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (27), 3-7.
- Olds, T., Wake, M. Patton, G., Ridley, K., Waters, E., y Williams, J. (2009). How do school day activity patterns differ with age and gender across adolescence? *Journal of Adolescence Health*, 44, 64-72.
- Oliva, A., Jiménez, J.M., Parra, A., y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
- Ortega, F., Ruiz, J., Castillo, M., Moreno, L., González-Gross, M., y Warnberg, J. (2005). Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. Importancia para la salud cardiovascular futura (Estudio AVENA). *Revista Española de cardiología*, 58, 898-909.
- Ortín-Montero, F.J., De la vega, R., y Gonsálvez-Botella, J. (2013). Optimismo, ansiedad, estado y autoconfianza en jóvenes jugadores de balonmano. *Anales de psicología*, 29, 637-641.
- Oviedo, G., Sánchez, J., Castro, R., Calvo, M., Sevilla, J.C., Iglesias, A., y Guerra, M. (2013). Niveles de actividad física en población adolescente: estudio de caso. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 23, 43-47.
- Parra, A., Oliva, A., y Antolín, L. (2009). Los programas extraescolares como recurso para fomentar el desarrollo positivo adolescente. *Papeles del Psicólogo*, 30, 3-13.
- Pérez-Turpín, J.A., y Suárez, C. (2007). Estudio del abandono de los jóvenes de la competición deportiva. *Journal of Human Sport and Exercise*, 2(1), 28-34.
- Ramos, M.P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Tesis Doctoral: Universidad de Sevilla
- Ramos, S., y Carvalho, A. (2008). Nivel de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *Psicología*. Recuperado de www.psicologia.com
- Rivera, L., Ferrera, R., Pot, A., y Hernández, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(2), 27-34.
- Romero, C. (2009). Relación entre resiliencia, práctica de actividades recreativas físicas y consumo de alcohol en colegiales. *Revista Digital de Educación Física*, 5(26), 59-72.
- Ruiz-Juan, F., De la Cruz-Sánchez, E., Ruiz-Risueño, J., y García-Montes, M. (2008). Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. *Retos*, (14), 75-79.
- Salazar, C., Feu, S., Vizuete, M., y De la Cruz-Sánchez, E. (2013). IMC y actividad física de los estudiantes de la Universidad de Colima. *International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 13(51), 569-584.
- Saldarriaga, S., Castaño, E.A., y Sepúlveda, C.C. (2017). Incidencia de las prácticas deportivas y de actividad física en edades tempranas, sobre las prácticas deportivas que se desarrollan entre los 17 y los 30 años en estudiantes universitarios. *VIREF Revista de Educación Física*, 5(4), 13-22.
- Sallis, J., Prochaska, J., y Taylor, W. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 963-975.
- Secades, X., Molinero, O., Barquín, R., Salguero, A., De la Vega, R., y Márquez, S. (2014). La resiliencia en el deporte: fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación y revisión de la literatura. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 83-92.
- Sousa, C. (2006). *Educación para la Resiliencia*. Manuscrito no publicado. Máster de Orientación Educativa, Universidad de Huelva, España.

- Specker, B., y Vukovich, M. (2007). Evidence for an interaction between exercise and nutrition for improved bone health during growth. *Medicine and Sport Science*, 51, 50-63.
- Standage, M., Duda, J.L., y Ntoumanis, N. (2005). A test of self-determination theory in school physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 411-433.
- Strong, W., Malina, R., Blimkie, C., Daniels, S., Dishman, R., y Gutin, B. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146, 732-737.
- Torres-Mejía, G., Pineda, R., y Téllez-Rojo, M. (2015). Peak bone mass and bone mineral density correlates for 9 to 24 year-old Mexican women, using corrected BMD. *Salud pública de México*, 51, 1-9.
- Twisk, J.W., Kemper, H.C. Y Van Mechelen, W. (2000). Tracking of activity and fitness and the relationship with cardiovascular disease risk factors. *Medicine and Science in Sport Exercise*, 32(8), 1455-1461.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and Health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, EE. UU.: Department of Health and Human Services, centers of Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Valdivia, P. (2016). *Niveles de ansiedad, autoconcepto y resiliencia en deportes individuales*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Vicente-Rodríguez, G., Rey-López, P., Martín-Matillas, M., Morelo, L., Wärnberg, J., y Redondo, C. (2008). Television watching, videogames, and excess of body fat in Spanish adolescents: The AVENA study. *Nutrition*, 24, 654-662.
- Videra-García, A., y Reigal-Garrido, R.E. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147.
- Welk, G.J., Corbin, C. B., y Lewis, L.A. (1995). Physical self-perceptions of high school athletes. *Pediatric Exercise Science*, 7, 152-161.
- Werner et al. (1993). *Risk, resilience and recovery: perspective from the Kauai longitudinal study*. Development and psychopathology (pp. 503-515). NY: Cambridge University.
- Yi, J.P., Smith, R.E., y Vitaliano, P.P. (2005). Stress-resilience, illness, and coping: a person-focused investigation of young women athletes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 257-265.
- Zurita, F., Espejo, T., Cofré, C., Martínez, A., Castro, M., y Chacón, R. (2016). Influencia de la actividad física sobre la resiliencia en adultos con dolor de hombro. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 5(2), 53-58.

CAPÍTULO 7

Modelo integrador de los componentes de la personalidad y la inteligencia emocional

Ana Parodi Úbeda y Víctor Belmonte Lillo
Universidad de Alicante

Introducción

El presente trabajo se centra en dos constructos ampliamente investigados desde el campo psicológico: la personalidad y la Inteligencia Emocional. Sin duda, el estudio de las diferencias individuales en la conducta de los seres humanos ha sido objeto de amplio interés. El constructo de personalidad intenta dar una explicación a dichas diferencias. Actualmente, la personalidad parte de modelos basados en la propuesta de Eysenck (1952), diferenciando dos aspectos fundamentales en su conceptualización: la aplicación de métodos factoriales a la búsqueda de rasgos y la vinculación de los rasgos observables con sus sustratos biológicos. Posteriormente, esta línea de trabajo ha desembocado en dos corrientes de estudio: por un lado, el Modelo de los Cinco Grandes Factores (Costa y McCrae, 1992) que se basa en un enfoque factorial de los rasgos de personalidad obtenidos a partir de registros auto-informados que dan cuenta de las categorías presentes en el léxico habitual de las personas, sin proponer explícitamente ningún sustrato biológico para los factores encontrados; y por otro, alejándose de este planteamiento, Cloninger (1987) formula una serie de rasgos temperamentales teóricamente vinculados a los sistemas de neurotransmisión cerebral, así como otros rasgos caracteriales, vinculados al historial de aprendizaje. En nuestro estudio abordaremos la personalidad desde la primera corriente expuesta tomándola como un constructo factorial.

Por otra parte, la Inteligencia Emocional (IE) surge en las últimas tres décadas de la superación de un enfoque reduccionista del ser humano en la que la cognición estaba exenta o incluso contrapuesta a la emoción. En inicio, la IE se plantea como una habilidad, asumiendo el marco teórico y metodológico propio de la tradición psicométrica, de manera que ésta es concebida como una capacidad ligada a lo cognitivo, independiente de la personalidad, susceptible de ser aprendida o modificada y que evoluciona a lo largo del desarrollo cognitivo y madurativo de los sujetos (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1997). Posteriormente, enfoques alternativos presuponen que las habilidades que comprende este concepto aparecen, por lo general, en individuos con determinadas características personales. Esta asunción da lugar a los denominados modelos mixtos, en los que el concepto de IE es reformulado y presentado como una combinación de capacidades, destrezas y rasgos de personalidad. En esta línea Bar-On (1997) presentará su modelo de Competencia Socioemocional en la que la IE se presenta como un conjunto de capacidades emocionales, personales e interpersonales agrupadas que influyen en la capacidad total del individuo para hacer frente a las demandas y presiones del ambiente. Por otra parte, incluido dentro de estos modelos, Petrides y Furnham (2001) acuñan el término de Autoeficacia Emocional, en cuyo marco la IE se conceptúa como una constelación de rasgos y habilidades emocionales localizadas en los niveles inferiores de la jerarquía de la personalidad. Los modelos mixtos expuestos suponen una IE que no sólo contempla las habilidades cognitivas sino que se abre a otros factores humanos como la asertividad, la motivación, la autoestima... y en especial a la personalidad.

Se ha postulado que los constructos diferentes de IE (como una inteligencia más o como parte de la personalidad) no depende de los modelos ni los elementos que los integran, ya que éstos tienden a ser complementarios más que contradictorios entre sí, sino de la ejecución y el método de medida empleados: por una parte, dicha ejecución o la manera de hacer operativo el concepto de la IE es

entendida como una capacidad cognitiva que conduce a un constructo diferente del que se deriva de su realización como un rasgo de personalidad (Pérez, Petrides, y Furnham, 2005); por otra parte, cada uno de estos planteamientos teóricos ha evolucionado de forma paralela a la construcción de sus correspondientes instrumentos de medida. El modelo de IE como habilidad ha desarrollado pruebas de ejecución en las que el nivel de competencia es presumiblemente independiente de las características personales de los individuos, mientras que los modelos de Inteligencia Emocional Autopercebida, que acoge a los modelos mixtos, se sirven de medidas de auto-informe (como las empleadas para medir la personalidad), al entender que ésta es una forma más apropiada de estimar la Inteligencia Emocional.

Como se ha expuesto, la conceptualización de la Inteligencia Emocional Autopercebida y la delimitación factorial de la personalidad nos muestra campos comunes. En nuestro estudio hemos querido proponer un modelo componencial integrador de ambos constructos.

Método

Participantes

La investigación se lleva a cabo con una muestra compuesta por 670 adolescentes (46.6% chicos; 53,4% chicas) con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años ($M= 13.86$, $DT= 1.232$). La selección de los participantes se realiza mediante un muestreo de carácter incidental.

Instrumentos

Los instrumentos empleados en nuestro estudio son:

BFQ-NA, Cuestionario 'Big Five' de personalidad para niños y adolescentes (Barbaranelli, Caprara, y Rabasca, 1998; Adaptación española: Del Barrio, Carrasco, y Holagado, 2006). Representa la adaptación del modelo de los Cinco Grandes de la personalidad para niños y adolescentes. Comprende cinco dimensiones: Conciencia (evalúa autonomía, orden, precisión y el cumplimiento de normas y compromisos), Apertura (incluye elementos de aspectos intelectuales, creatividad, intereses culturales), Extraversión (actividad, entusiasmo, asertividad y autoconfianza), Amabilidad (preocupación y sensibilidad hacia los otros y sus necesidades) e Inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, descontento o ira). El ámbito de aplicación abarca edades entre 8 y 15 años. El cuestionario consta de 65 elementos de respuesta múltiple (tipo Likert: de 1=Casi siempre a 5=Casi nunca).

Cuestionario de Inteligencia Emocional: Versión para Adolescentes, EQ-i YV (Bar-On y Parker, 2000). Es un instrumento que proporciona información sobre la percepción que un sujeto tiene sobre sus competencias emocionales y sociales, permitiendo trazar un perfil social y afectivo. Está destinado a alumnos de edades comprendidas entre 7 y 18 años, y consta de 60 afirmaciones en las que valoran las siguientes dimensiones: Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del Estrés, Adaptabilidad y Estado de Ánimo general (el rango de la escala oscila desde 1=Nunca me pasa y 4=Siempre me pasa).

Cuestionario de Inteligencia Emocional Rasgo Reducido para Adolescentes V.02, TEIQue-ASF (Petrides, Sangareau, Furnham, y Frederickson, 2006) en su adaptación al castellano (Ferrando y Serna, 2006). Se trata de una versión simplificada en términos de complejidad sintáctica y léxica de la versión reducida para adultos (TEIQue-SF). Está destinada a alumnos-as de entre 12 a 17 años. Compuesto de 30 ítems en escala Likert de 7 puntos, permite medir quince subescalas que dan cuenta de cuatro factores: bienestar emocional, autocontrol emocional, emocionabilidad y sociabilidad.

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test v. 2.0: Rama 4, Manejo Emocional (MSCEIT v.2.0. dimensión Manejo Emocional; Mayer, Salovey, y Caruso, 2002). El MSCEIT permite la evaluación de la IE desde el modelo de habilidad propuesto por los autores. Se divide en dos áreas compuestas por 4 factores, 8 tareas y 141 ítems en total. Cada factor está compuesto por dos grupos de tareas: Área Experiencial (factor Percepción Emocional y factor Asimilación Emocional) y Área Estratégica (factor Comprensión Emocional y factor Manejo Emocional).

Para la investigación se ha aplicado la rama 4 destinada a la valoración de la dimensión de Manejo Emocional dado que ésta evalúa la habilidad real del sujeto para regular estados emocionales, mediante dos pruebas: D (Manejo emocional) y H (Relaciones emocionales). Las tareas consisten en determinar cómo de eficaces resultan una serie de acciones para manejar estados emocionales en uno mismo y en los demás.

La corrección de este test fue realizada utilizando únicamente el criterio consenso, es decir, identificando como respuesta correcta aquella que ha sido elegida por la mayoría de los sujetos evaluados. Este criterio permite dos formas de proceder:

a) Identificar como respuesta correcta únicamente aquella que ha sido elegida por la mayoría de los participantes. Por lo que sólo existiría una respuesta correcta que se identifica como la moda para ese ítem.

b) Otorgar diferentes puntuaciones a cada una de las opciones del ítem en función de la proporción de sujetos que hayan escogido esa opción. Se ha optado por utilizar esta segunda opción ya que es uno de los procedimientos más utilizados tanto por los autores del MSCEIT v.2.0 como por la mayoría de investigadores que han utilizado el instrumento en sus estudios, lo que nos permitirá establecer comparaciones con nuestros resultados.

Tomemos como ejemplo el ítem *Si quisiéramos decorar de forma divertida y novedosa una fiesta de cumpleaños, ¿cómo podría ayudarnos cada uno de los siguientes estados de ánimo?*, debemos decidir, en una escala Likert de 5 puntos (1=Nada útil; 5=Muy útil), en qué medida el disgusto podría ayudarnos para preparar una fiesta de cumpleaños de manera divertida y novedosa. Supongamos los siguientes resultados (ver tabla 6.1):

Tabla 1. Ejemplo puntuación de un ítem de la prueba MSCEIT para corrección criterio consenso

	Nada útil				Muy útil
a. Disgusto	1	2	3	4	5
% de sujetos eligen opción	85%	13%	2%	0%	0%
Puntuación obtenida	.85	.13	.2	.0	.0

Según se muestra, deberíamos otorgar una puntuación mayor a los sujetos que han escogido la primera opción (nada útil), pues existe un 85% de los sujetos que identifican esa opción como la más correcta. Los sujetos que han escogido la segunda opción representan el 15% del total de la muestra, por lo que recibirán una puntuación menor que en el caso anterior, pero mayor que en el resto de las opciones, ya que la proporción de sujetos que han escogido esa opción es superior. Una vez obtenida la proporción de respuestas para cada una de las opciones, tendremos que dividir el porcentaje correspondiente a la opción escogida entre 100, lo que otorgará la puntuación final, siendo la máxima 1 (100% sujetos escogen la opción).

Procedimiento

En primer lugar se analizó el estado de la cuestión sobre los constructos que nos ocupan. Para ello se realizó una revisión y análisis bibliográfico, tanto a nivel teórico como de los instrumentos de medición desarrollados en la fundamentación teórica. Una vez finalizada la revisión, procedimos a planificar el estudio empírico.

La fase de recogida se realizó en los diferentes centros de enseñanza secundaria de los sujetos participantes. En primer lugar, se contó con la colaboración de las Direcciones de los Centros para poder aplicar en los mismos los instrumentos reseñados. Las familias fueron informadas mediante circular, no habiendo ninguna que se negara a participar en el estudio. Conjuntamente con la Jefatura de Estudios de los diferentes Centros, se estableció un calendario y horario de aplicación de pruebas. Siguiendo el mismo, se procedió a la aplicación de las diferentes pruebas psicométricas y cuestionarios, llevándose a

cabo de forma grupal y dentro del aula de referencia. En todo momento, se siguieron las instrucciones marcadas por los autores para los diferentes instrumentos.

Una vez realizada la recogida de datos, se procedió a la corrección, codificación, registro y preparación de datos de los alumnos en soporte informático para su depuración y análisis posterior mediante el paquete estadístico SPSS versión v.19.0 para Mac Os. Por último, se estableció el diseño para el análisis de los datos, teniendo en cuenta los procedimientos estadísticos convenientes en función del objeto de estudio. Se analizaron los datos, mediante el programa estadístico citado, elaborándose a partir de los mismos las conclusiones de nuestro trabajo.

Análisis de datos

Con tal de atender al objetivo del estudio, se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de extracción de componentes principales con rotación Varimax para la determinación de la estructura interna y factorial de todas las variables que componen los constructos implicados en investigación.

Resultados

Se muestran los resultados del análisis de componentes principales con rotación Varimax. La prueba KMO arrojó un valor de .80, siendo la X^2 significativa ($X^2 = 1706,222$, $gl = 66$, $p < .001$), lo que indica la factorialidad de los datos. La solución inicial dada por el programa explicaba un 66.36% de la varianza, emergiendo 3 componentes: El primer componente agrupa las dimensiones de Conciencia, Apertura, Manejo Emocional, Amabilidad, Adaptabilidad e Interpersonal (38.90% de la varianza); el segundo componente recoge las dimensiones de Inestabilidad Emocional, Manejo del Estrés, y Autoeficacia Emocional total (11.96% de la varianza); y el tercer componente, engloba las dimensiones de Intrapersonal, Extraversión y Estado de Ánimo (9.48% de la varianza).

Tabla 2. Análisis de los componentes principales de las variables utilizadas en la investigación

	Componente			
	1	2	3	H2
Conciencia	.833			.756
Apertura	.768	.324		.697
Manejo Emocional	.595			.364
Amabilidad	.569		.443	.564
Adaptabilidad	.555			.436
Interpersonal	.507		.492	.505
Inestabilidad Emocional		-.889		.803
Manejo del Estrés		.834		.731
Autoeficacia Emocional	.413	.600	.372	.669
Intrapersonal			.776	.623
Extraversión	.461		.565	.538
Estado Ánimo		.448	.516	.550
Varianza explicada %				
Total= 60,366%	38.902	11.966	9.498	
Eigenvalue	4.668	1.436	1.140	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

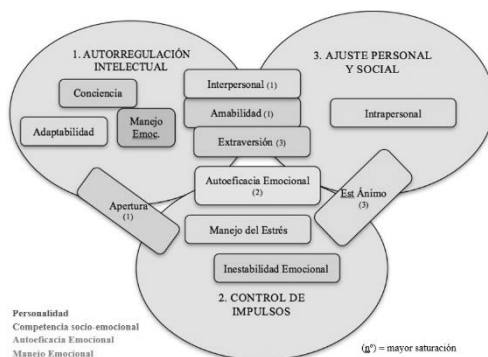
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Nota. Se han suprimido las cargas inferiores a .3

Discusión/Conclusiones

El análisis factorial muestra resultados que indican la existencia de tres componentes diferenciados (ver gráfico 1) en los que quedarían contemplados todos los factores constituyentes de los constructos en estudio: personalidad (Inestabilidad Emocional, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Conciencia), Competencia Socioemocional (Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del estrés, Adaptabilidad y Estado ánimo), Autoeficacia Emocional e IE Habilidad.

Figura 1. Modelo componencial integrador de la personalidad y la Inteligencia Emocional



El primer componente hallado agrupa los rasgos de personalidad de Conciencia, Apertura y Amabilidad, la Adaptabilidad e Interpersonal de la Competencia Socioemocional, y el Manejo Emocional. A este componente se le ha denominado *Autorregulación Intelectual* dado que parece comprender los factores de la personalidad más relacionados con el intelecto del individuo: la Conciencia propia de alumnos dirigidos a metas formales, con un elevado nivel de exigencia, cuidadosos y ordenados; la Apertura o interés por lo nuevo, por la cultura y el saber, la originalidad y la creatividad; y la Amabilidad como tendencia al altruismo, apoyo, prosocialidad, cooperación, confianza, franqueza, conciliación y sensibilidad a las necesidades de otros. A su vez acoge la Adaptabilidad que implica la resolución de problemas y la variable Interpersonal relacionada con la empatía, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social. Por último, incluye también el Manejo de Emociones como habilidad cognitiva de regulación emocional. Por tanto, la agrupación de estas dimensiones en un solo factor muestra coherencia con los aspectos de la personalidad y de la emoción que implican en mayor medida el procesamiento mental.

El segundo componente, al que llamamos *Control de Impulsos*, lo conforman el rasgo de personalidad Inestabilidad Emocional, manifestada en cambios de humor, tendencia a la tristeza, ansiedad e irritabilidad; el Manejo del Estrés, como tolerancia al estrés y la habilidad para resistir o postergar un impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones; y la Autoeficacia Emocional que implica entre otras habilidades emocionales, el autocontrol emocional. El componente referencia claramente a los aspectos relacionados con el control e inhibición de impulsos.

Las variables implicadas en el tercer componente son Extraversión, Intrapersonal y Estado de Ánimo. Se le ha nombrado *Ajuste Personal y Social*, ya que reúne la sociabilidad, el grado de locuacidad, la asertividad y el dinamismo del rasgo Extraversión; la habilidad para disfrutar de sí mismo y de otros y expresar sentimientos positivos, mantener una actitud positiva a pesar de la adversidad; y la variable Intrapersonal que conlleva como en el caso de la Extraversión la asertividad, la autorrealización relacionada con la habilidad para disfrutar de uno mismo y la comprensión emocional propia del sujeto, ambas reflejadas en la variable Estado de Ánimo.

Pese a que se han expuesto los tres componentes extraídos, hemos de considerar que algunas variables analizadas saturan en varios factores. Por tanto, tendremos en cuenta que la Apertura si bien pertenece al componente de Autorregulación Intelectual parece estar también relacionada, en menor medida, con el componente de Control de Impulsos. A su vez el rasgo de Extraversión del tercer componente muestra también influencia en la Autorregulación Intelectual, dado que incluye la locuacidad, la asertividad y el dinamismo que podrían implicar la esfera intelectual dando soporte a

estudios acordes con que dichas características en alumnos extravertidos favorecen su adecuado desempeño escolar en el proceso de enseñanza y aprendizaje, obteniendo mejores resultados (Eysenck, 1997; Spinath, Freudenthaler, y Neubauer, 2010); mostrándose, estos estudios, en desacuerdo con la idea de que el factor Extraversión conlleva una asociación negativa en los alumnos, bajo la interpretación de que existen diferencias en la adquisición del conocimiento entre el alumno introvertido que pasa más tiempo estudiando, y los extravertidos que pasan más tiempo socializando y por ende, obtienen resultados más bajos (Chamorro-Premuzic, y Furnham, 2005). Del mismo modo, Amabilidad parece implicarse en el componente de Control de Impulsos, dado que incluye la tendencia al apoyo, la prosocialidad y la conciliación y sensibilidad a las necesidades de los otros, lo que implica el control de los impulsos para obtener un mayor grado de cooperación de los alumnos. La variable Interpersonal de la Autorregulación Intelectual también podría ser enmarcada igualmente en el componente Ajuste Personal y Social. El Estado de Ánimo se relaciona también con el Control de Impulsos, ya que un buen nivel de inhibición de impulsos contribuye a un aumento de los niveles de optimismo y felicidad y viceversa.

Por último, la Autoeficacia Emocional si bien se muestra relacionada con el Control de Impulsos (saturación más elevada) dado que compone la autorregulación emocional, ésta además se relaciona con los otros dos factores hallados, pudiendo los factores de bienestar emocional (optimismo, felicidad y autoestima) y sociabilidad (asertividad, manejo de emociones, competencia social) relacionarse con el Ajuste Personal y Social, y la emocionabilidad (expresión de emociones, empatía, habilidades de relación) con el primer componente. Ya Petrides y Furnham (2001) indicaron claras correlaciones de la IE con las dimensiones de la personalidad, conceptualizando la Autoeficacia Emocional como un rasgo inferior a la personalidad que muestra asociaciones con las dimensiones de orden mayor de la misma. Otros estudios correlacionales van en consonancia a lo expuesto pero establecen que la Inestabilidad Emocional y la Extraversión son los principales determinantes de la Autoeficacia Emocional (Mesa, 2015; Pérez-González y Sánchez-Ruiz, 2014; Petrides et al., 2010; Petrides, Pérez-González, y Furnham, 2007; Vernon, Villani, Schermer, y Petrides, 2008), nuestros datos reportan que el factor Inestabilidad Emocional satura únicamente en el segundo componente, siendo en éste también donde hallamos la mayor saturación de la Autoeficacia Emocional.

Por su parte, el Manejo Emocional satura en el componente Autorregulación Intelectual según su medición y aporta fiabilidad a medidas de ejecución aportando validez a la regulación cognitiva de la emoción. Se ha de tener en cuenta que el Manejo Emocional es una rama dentro del área estratégica del modelo de IE habilidad, desconocemos pues, si hubiese saturado en algún otro componente de haber utilizado también las ramas inferiores pertenecientes al área experiencial de dicho modelo.

Como síntesis, si bien el modelo propuesto puede tener interés se trata sólo de una aproximación que permite comenzar a valorar las interrelaciones entre los complejos constructos de la IE, desde sus diferentes enfoques, y la personalidad. Considerarnos que puede ser un punto de partida acertado para ser retomado y ampliado en posteriores estudios.

Discusión/Conclusiones

Concluir que debido a que el proceso es muy común y está integrado en nuestra vida diaria, se han perdido muchos detalles en la mayoría de las publicaciones realizadas como se observa en las guías provistas por gobiernos autonómicos como la Junta de Andalucía o la Junta de Castilla y León. Con todo, el proceso expuesto recoge la mayor parte de los detalles, extrayendo los elementos principales de trabajos expuestos por organismos como la OMS, la Comisión Inoz o el Centro de Control de Enfermedades, y concluyendo por tanto que los detalles son importantes en aras de mantener la rigurosidad necesaria para alcanzar la eficacia en la eliminación de microorganismos. Para concretar aún más, se ha circunscrito el proceso al ámbito sanitario, como se observa en el trabajo del Hospital Monte Naranco (2006), donde el potencial de transmisión de enfermedades a personas en estado deteriorado o crítico, es mucho mayor. Estas personas pueden tener alterado su sistema inmunológico y por ello la

trascendencia es muy elevada. Las medidas higiénicas a adoptar son significativas para conseguir contrarrestar las consecuencias de una transmisión de gérmenes. Se concluye adicionalmente, que el lavado de manos debe ser un protocolo de obligado cumplimiento antes de cualquier tipo de intervención ejecutada por personal sanitario. Esto que en el denominado “primer mundo” es algo institucionalizado, no es tan común en otras geografías o entornos, de ahí la importancia de establecer una obligación.

Como se ha mencionado con anterioridad, la ejecución requiere seguir el proceso de forma rigurosa, sin olvidar o escatimar ninguno de los recursos necesarios. Además, se puede complementar con el uso de guantes de látex esterilizados y, por supuesto, desechables. El proceso del lavado de manos, también se ha concluido al revisar distintos estudios, que debe ser tanto previo como posterior a la intervención en cuestión. Es fundamental evitar que ante una situación de emergencia que haga imposible la actividad del lavado de manos, estas se encuentren contaminadas y por lo tanto infecten al paciente en cuestión. No olvidar que las uñas también forman parte de las manos y son un lugar proclive para la existencia de gérmenes y microorganismos.

La evolución de las técnicas, así como estudios publicados en “The Lancet Infectious Diseases” en 2003 y 2005, han puesto de relevancia como antiguas prácticas, tópicos o mitos como el hecho de que tener manchas y suciedad tras una intervención, era signo de una buena práctica, han quedado desautorizadas tras comprobar cómo infectaban siguientes pacientes provocándoles infecciones que podían costarles la vida. El progreso ha salvado vidas también en algo tan simple como el lavado de las manos, y no solo aplicando nuevas soluciones químicas, sino con algo tan sencillo como la introducción en los protocolos habituales de ejercicio de la profesión. Hoy en día es algo habitual, pero cabe incidir de nuevo en los riesgos existentes en la reiteración y la regularidad de las prácticas. Se pierde rigor y atención en las mismas. Esto puede matar a una persona.

La asepsia en la vida cotidiana es en muchas ocasiones infravalorada y por lo tanto necesita de mayor atención.

Con todo lo expuesto, se concluye que, aunque obvio, no se puede olvidar que la prevención es la principal herramienta contra la infección. Que una herramienta esencial en la prevención es algo tan sencillo como el lavado de las manos. Que la base de la buena salud radica en la ausencia de infecciones y que, por lo tanto, debemos incidir en que la ejecución de esta técnica debe ser regular y rigurosa para así salvar vidas. Tan importante es la vida que se salva a través de una complicada intervención quirúrgica como la que se consigue al no infectar a alguien.

Referencias

- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R., y Parker, J.D. (2000). *EQ-i:YV. Baron Emotional Quotient Inventory: Youth Version. Technical Manual*. New York: MHS.
- Chamorro, T., y Furnham, A. (2005). *Personality and intellectual competence*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive-mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL. Psychological Assessment Resources.
- Del Barrio, V., Carrasco, M.A., y Holgado, F.P. (2006). *BFQ-NA cuestionario de los Cinco Grandes para niños y adolescentes (adaptación a la población española)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, H.J. (1952). *The scientific study of personality*. London (ed. cas: Buenos Aires. Paidós, 1971).
- Eysenck, H.J. (1997). Book reviews. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 947.
- Mayer, J.D., Salovey, P., y Caruso, D.R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet, Version 2.0*. Toronto, Ontario, Canada: MHS Publishers.
- Mayer, J.D., y Salovey, P. (1997). “What is emotional intelligence?” En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mesa, J. (2015). *Inteligencia Emocional, Rasgos de Personalidad e Inteligencia Psicométrica en Adolescentes*. Tesis Doctoral Universidad de Murcia.

Pérez-González, J.C., Petrides, K.V., y Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. In R. Schulze, y R.D. Roberts. *International handbook of emotional intelligence* (pp. 124-143). Cambridge, MA: Hogrefe y Huber.

Pérez-González, J.C., y Sánchez-Ruiz, M.J. (2014). Trait emotional intelligence anchored within the Big Five, Big Two and Big One frameworks. *Personality and Individual Differences*, 65, 53-58.

Petrides, K.V. (2001). *A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence*. Doctoral dissertation. University College London.

Petrides, K.V., Pérez-González, J.C., y Furnham, A. (2007). On the predictive and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition y Emotion*, 21(1), 26-55.

Petrides, K.V., Sangareau, Y., Furnham, A., y Frederickson, N. (2006). Trait emotional intelligence and children's peer relations at school. *Social Development*, 15, 537-547.

Petrides, K.V., Vernon, P.A., Schermer, J.A., Ligthart, L., Bloomsma, D.I., y Veselka, L. (2010). Relationships between trait emotional intelligence and the Big Five in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 48, 906-910.

Petrides, K.V., y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.

Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Spinath, B., Freudenthaler, H., y Neubauer, A.C. (2010). Domain-specific school achievement in boys and girls as predicted by intelligence, personality and motivation. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 481-486.

Vernon, P.A., Villani, V.C., Schermer, J.A., y Petrides, K.V. (2008). Phenotypic and genetic associations between the Big Five and trait emotional intelligence. *Twin Research and Human Genetics*, 11, 524-530.

CAPÍTULO 8

Influencia de los programas de caricaturas en la manifestación de conductas violentas en los niños de 4 a 6 años de edad, del preescolar María Enriqueta

Gabriela Gallardo Conejo y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad de La Salle Bajío, Campus Salamanca

Introducción

A lo largo de las últimas décadas, se ha observado un avance tecnológico en distintos medios de comunicación, en este caso desde que apareció la televisión en la historia. Como lo menciona, Romero (1997) la televisión no comenzó a existir como respuesta a ninguna necesidad inmediata o primordial.

En la actualidad, dicho medio ocupa un lugar de suma importancia en el núcleo familiar y constituye una herramienta primordial de socialización para los niños y las niñas, además que funciona como medio de interacción con otras culturas a nivel mundial. Se puede decir que la socialización, años atrás era una misión propiamente de la familia, la educación, la religión, los grupos de amigos. Todos los antes mencionados, conocidos como creadores de conocimientos, formadores de conductas, valores; han sido por siglos y siglos, un ejemplo a seguir; pero la televisión se ha robado gran parte de su labor, ya que lleva a la imaginación de niños y niñas a lugares que nunca pensaron ir jamás y que ni la escuela, ni iglesia ha logrado hacerlo (Ferrés, 1994).

Aunque, se ha discutido mucho el efecto de persuasión que tiene la televisión sobre todo en los infantes, la cantidad de horas al día que le dedican, la imitación de conductas aprendidas por medio de las imágenes que observan, la falta de relación con los miembros de la familia por estar concentrados en la TV. Es por eso que Romero (1997) comparte el hecho de sostener que evidentemente la televisión es causante de daños que van desde el daño de la vista hasta la deformación de la mente de los televidentes, debido al alto contenido de sexo y violencia en sus mensajes. La televisión actúa como incitadora al consumismo irracional, la ruptura de la comunicación, entre otras consecuencias negativas. Es por eso que a través de distintos estudios se ha demostrado que el impacto de la televisión en la audiencia ha causado más daños que beneficios a la humanidad.

Realizando un enfoque de las variables las cuales se indagó en esta investigación, se encuentra el estudio de Meirelles (2005) el cual arrojó resultados en donde en general, los niños miran televisión todos los días, muchas horas. Alrededor de la mitad de los niños miran tres horas o más por día. Muy pocos miran menos de una hora. Considerando los días de la semana, un 99% ve televisión el sábado y domingo, de lunes a viernes y el sábado, 97% y los domingos un 96%. Si bien todos los niños miran mucha televisión, hay diferencias entre los países. Los días de semana, los niños de Argentina y Brasil miran más televisión que los niños de ningún otro país. En cambio, los niños en México, Chile y México, ven más televisión los fines de semana.

Otro estudio científico demuestra que en general, se puede decir que, durante el transcurso del año, los niños pasan más tiempo frente al televisor, que en la escuela. Es la TV, más que cualquier otro medio, la que proporciona una base común de información en las primeras fases de socialización del niño (Villacastín, 2002).

Los programas de televisión en los horarios de mayor audiencia muestran alrededor de cinco escenas violentas por hora, y los dibujos animados veintitrés escenas por hora. Se ha descubierto que las personas que ven mucha televisión son más temerosas e inseguras, esto ocurre tanto en adultos como en niños. En general se nos presenta una idea equívoca y pesimista del mundo, lo cual afecta más a los niños pues tienen menos fuentes de información (Levine, 1997).

Los estudios de Wood, Wong, y Chachere (1991) demostraron que, en un 70 por 100 de los experimentos realizados, presenciar películas aumentaba significativamente el nivel de agresión de los individuos, otro elemento ambiental que favorece el desarrollo de la agresividad es la influencia que a largo plazo ejerce la exposición repetida a la violencia en los medios de comunicación, déficits socio-cognitivos que inciden de manera decisiva y pueden mantener e incluso aumentar dicha problemática.

Por otro lado, realizando una integración de ambas variables que se indagó en el presente estudio, se han realizado diversas investigaciones, una de ellas es de Leiva (2007), en donde se le preguntó a los sujetos de la investigación por los lugares en los cuales ellos han escuchado el término agresión o violencia, dando como respuestas, los programas de televisión, la escuela y la familia, en su respectivo orden de importancia: en donde, la palabra agresión se encuentra en primer lugar en los programas de televisión 37,6%, tanto en programas infantiles como en los no aptos para menores. Esto también se mostró en relación con la edad. En la investigación reseñada en las líneas anteriores, los niños y las niñas se abstienen de dar respuesta cuando se les pregunta si en su aula escolar se presentaban comportamientos agresivos, pero al preguntarse sobre ejemplos de agresión en el aula ellos refirieron conductas desde el orden “físico y verbal (63,6%), dentro de estas se encontraron golpes, empujones, pellizcos, jalar el cabello, patear, palabras ofensivas alusivas a características físicas, sexo, procedencia, o eficiencia académica (Leiva, 2007).

Un estudio longitudinal concluyó que la cantidad de violencia vista por los sujetos cuando niños, estaba asociada con su agresividad a las edades de 19 y 30 años (Rice, 1997). Por todo esto, la American Psychological Association, ha solicitado un mayor esfuerzo para reducir la violencia en la TV (Papalia, 1997).

Fuentes (2001) realizó un estudio de los efectos de un programa de modificación de conducta sobre la agresividad en los niños del tercer nivel de preescolar, en donde se concluyó que las conductas agresivas en el ambiente; pueden ser modificadas en beneficio de los niños, por medio de las técnicas de extinción de conductas agresivas y aumento de comportamiento pro-sociales que pueden aplicarse en el contexto preescolar. En general, la conducta agresiva infantil es uno de los problemas que más preocupa a padres y maestros. El comportamiento agresivo complica las relaciones sociales que va estableciendo a lo largo de su desarrollo y dificulta por tanto su correcta integración en cualquier ambiente.

En la ciudad de México, son escasas las investigaciones acerca del presente tema, sin embargo, se destaca Zarate (2006), en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño no experimental y transversal. Con una muestra de 60 niños cuyas edades se encuentran entre 1 y 5 años. Entre los resultados a resaltar se destaca que un 30% de los niños ven televisión entre tres y cuatro horas al día, el 79.2% de los niños prefieren hacer otras actividades a ver la televisión. El 70% ven la televisión con sus hermanos y en segunda posición con sus padres. Un segundo estudio, planteada por Zarate (2009), en dónde realizó una investigación cuantitativa transversal en Xalapa, México, la cual refleja que el (56.9%) de los padres acepta que los niños ven con ellos telenovelas y noticieros y que la mayoría de los niños prefieren hacer otra cosa que ver la televisión. Quien elige el programa a ver es en la mayoría el mismo niño y la mayoría de los padres no controla el tiempo de visión de sus hijos y no han tomado medidas respecto a su uso.

Por otro lado, en la ciudad de Monterrey, México se realizó un estudio cuantitativo, el cual se seleccionaron 614 niños y niñas, entre los 10 y 12 años. Los resultados muestran que casi una tercera parte de los niños 29%, seleccionan por sí mismos lo que verán en la televisión. Solamente uno de cada cinco 20% dijeron que los programas que miran son elegidos por sus padres (Martínez, 2012).

Es por ello que este trabajo tiene el objetivo de identificar las manifestaciones conductuales de índole violento que tiene el niño de 4 a 6 años de edad del preescolar María Enriqueta, en sus juegos cotidianos por la influencia de los programas televisivos de caricaturas simbólicas para de esta manera reconocer la influencia e importancia que tiene dicho medio sobre el comportamiento en los infantes.

Método

Es un diseño no experimental, transversal, de tipo exploratorio-descriptivo (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010; Kerlinger y Lee, 2002)

Participantes

Los participantes en la investigación son 50 alumnos de preescolar María Enriqueta de Salamanca, Guanajuato, México; todos de segundo grado, considerando un muestreo intencionado (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

Instrumentos

Para la recopilación de los datos se utilizarán dos instrumentos de evaluación para padres. El primero "uso de la televisión en los niños" consta de datos generales del informante, y abarca dos dimensiones: 1. Utilización de la televisión, entre los ítems el tiempo que los niños ven televisión, los momentos del día en que la ven, el canal de televisión que más ven así como los programas que prefieren, entre otros, y 2. Relación de los padres con la televisión; en éstas se intenta saber con quienes ve el niño la televisión o si lo hace sólo y por cuanto tiempo, el control que los padres tienen sobre la televisión, el uso que los padres hacen de la televisión respecto a su hijo. También se les cuestiona sobre el conocimiento que tienen sobre la influencia de la televisión en sus hijos. El segundo cuestionario es sobre el comportamiento de los niños (as) llamado CBCL de (Child Behavior Checklist 1 1/2-5 years) Achenbach y Rescorla (2001), que permite discriminar niños(as) normales de aquellos con alteraciones de conducta, que posteriormente podrían ocasionar trastornos psiquiátricos.

Procedimiento

Una vez definido el problema, el objetivo de la investigación, la recopilación y análisis de la teoría, así como estudios relacionados con la propuesta y los métodos de investigación, se procedió a la concepción y elección del diseño de investigación para la recolección de los datos. El diseño que se pretende seguir bajo el enfoque no experimental ya definido, es un diseño de investigación transversal, donde se recolectarán los datos, en donde se establecen únicamente niños de 2do grado escolar. Antes de realizar la aplicación de los instrumentos, por cuestiones éticas y profesionales se plantea y se solicitó la autorización de las autoridades de ambas instituciones dando a conocer las finalidades de la investigación, así como la importancia que es ésta, para el investigador en su formación profesional.

La recolección de datos fue mediante dos instrumentos de tipo encuesta, los cuales serán aplicados a 50 padres de los niños de preescolar María Enriqueta del segundo grado. Una vez realizadas las encuestas se procedió al análisis estadístico de los datos para identificar significancias entre las variables de estudio y con ello indicar las conclusiones evaluando la viabilidad de las hipótesis planteadas. De igual forma, se darán a conocer los resultados obtenidos de una manera específica a las autoridades de la institución y el agradecimiento a todos los colaboradores y participantes por su aportación en el desarrollo de la investigación.

Análisis de datos

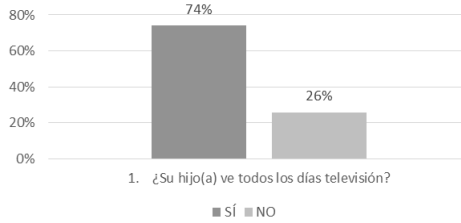
Para la recopilación de los datos obtenidos en la implementación se hizo de forma presencial recogiendo las pruebas, capturando los resultados en Microsoft Excel, y así sacar las estadísticas proyectándolas en gráficas. Describir los análisis de datos así como el tipo de estudio.

Resultados

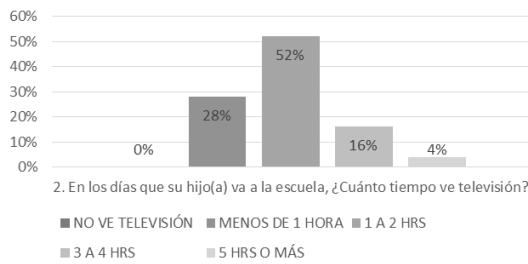
Tabla 1. Datos Socio-Demográficos de la influencia de la televisión en la conducta violenta en los infantes

N=50			
	n	%	X
Masculino	23	46	NA
Femenino	27	54	
Edad			4,66
3	1	2	
4	15	30	
5	34	68	

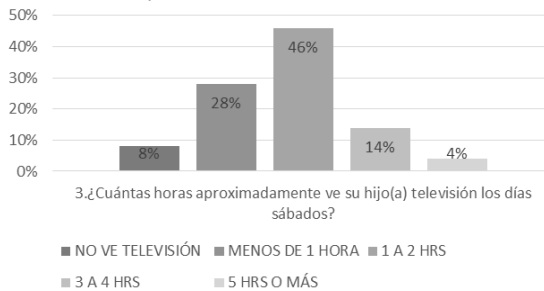
Gráfica 1. Frecuencia



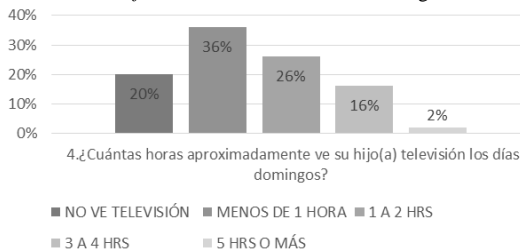
Gráfica 2. Frecuencia entre semana



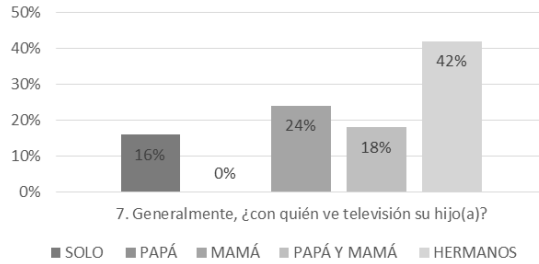
Gráfica 3. Frecuencia en el día sábado



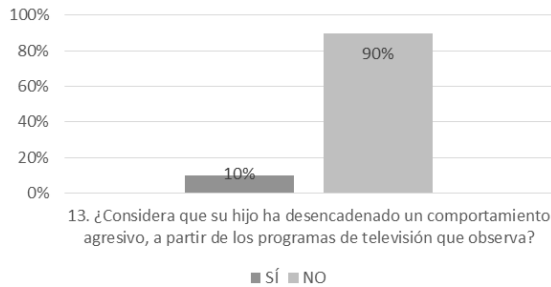
Gráfica 4. Frecuencias del día domingo



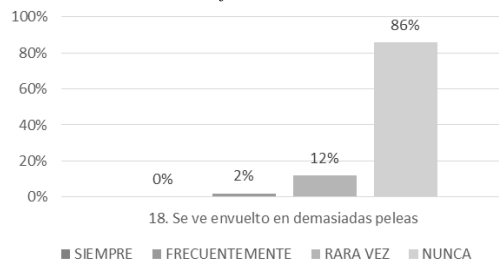
Gráfica 5. Acompañamiento para ver televisión



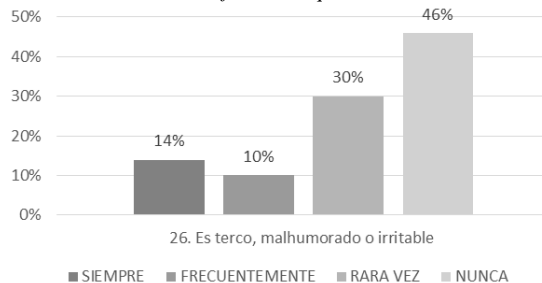
Gráfica 6. Desencadenamiento agresivo



Gráfica 7. Peleas



Gráfica 8. Terquedad



Discusión/Conclusiones

Actualmente la televisión es un medio por el cual los niños se basan de manera inconsciente, para la creación y formación de sus propias actitudes y de igual manera dicho medio se toma como una base común en las primeras etapas de socialización, ya que desde temprana edad están bajo su influencia (Villacastín, 2002). En promedio, los infantes, sujetos de la presente investigación, ven televisión todos

los días de la semana. En general, se puede decir que, durante el transcurso del año, los niños pasan más tiempo frente al televisor, que, en la escuela, incluso realizando cualquier otra actividad que beneficie su desarrollo tanto físico, psíquico y social.

Una característica muy particular sobre la etapa de la infancia es la imitación, desarrollándose como una manera de aprendizaje con su entorno, ya que desde los primeros meses de vida lo hacen y de manera innata, para posteriormente los aprendizajes obtenidos sientan una base muy significativa en su comportamiento futuro. Aprenden a vestirse, comer, utilizar el sanitario e interactuar con las demás personas; y sobre todo cabe resaltar que no son especialmente selectivos en lo que imitan. Como los niños imitan permanentemente a la gente que los rodea, es lógico que también imiten a las personas que ven en la televisión (Aldea, 2004). Los padres del presente estudio consideran que sus hijos no han desarrollado un comportamiento agresivo ocasionado por los programas televisivos que ven sus hijos y si demuestran algún comportamiento violento lo manifiestan de manera ocasional, sin embargo, los resultados también demuestran que no son ellos quienes vigilan o controlan el uso de los programas televisivos, pero saben de las consecuencias negativas de dicho medio.

La teoría del aprendizaje social, la cual enfoca su estudio en el aprendizaje por imitación señala que los niños imitan los modelos que ven más en televisión (Drake, 2003), sin embargo, no imitan tan fácilmente lo que ven, ya que lo que aprenden en los medios es más que imitación, ya que, de la gran cantidad de conductas, imágenes, actitudes y valores a los cuales están expuestos, eligen sólo algunos. Al adoptar en ocasiones los comportamientos de los personajes, reaccionando emocionalmente ante cualquier evento o situación a la que se ve expuesto el personaje, aumentando las manifestaciones de estas conductas, llegando en ocasiones a resolver los conflictos de manera violenta (Berkowitz, 1996). En algunos casos, la televisión puede incluso crear adicción. Son niños, los que prenden el televisor después de levantarse por la mañana o en cuanto llegan de la escuela. De acuerdo a los resultados expuestos se demuestra que los niños participantes del estudio, su primera actividad al llegar del colegio, es ver la televisión. El comportamiento que mayormente se refleja en los participantes es la terquedad (malhumorado o irritable), relacionándolo con las caricaturas que en promedio observan, las cuales muestran personajes muy temperamentales de acuerdo a su ambiente.

La televisión se ha convertido en un aliado o un acompañante a largo del desarrollo del infante, ya que actualmente se vive una cultura donde ambos padres trabajan y la atención dedicada a los hijos disminuye, por lo cual es más común que actualmente el cuidado o protección dentro del hogar sea brindado por otras personas, ya sea abuelos, tíos y de manera muy significativa los hermanos mayores. Los instrumentos aplicados dentro del estudio, fueron dirigidos hacia los padres, sin embargo, al analizar los resultados, arrojan una irregularidad en cuanto a las respuestas, dando a conocer que los padres no están enterados de las actividades y tiempos que sus hijos dedican a ciertas cuestiones, en este caso, a los programas televisivos. Por lo cual, sería prudente conocer el conocimiento que tienen los hermanos mayores referente al tema, ya que son las personas que mayormente conviven con sus hermanos del preescolar. El problema comienza agravarse cuando realmente la edad entre ambos hermanos, no es muy distinta, ya que serían dos o más niños cuidándose entre sí, los cuales los aprendizajes por medio de la imitación se refuerzan con mayor medida.

El estudio cumplió con una de las hipótesis presentadas, la cual es que la televisión ocupa la mayor parte de las actividades que realiza el niño fuera del contexto escolar, ya que los niños le dedican tiempo todos los días de la semana a ver su programa favorito de televisión, incluso realizándolo en las primeras horas después de la salida del preescolar. Existe una disminución de la actividad los días domingos, ya que para muchas familias se toma como un día familiar, el cual aprovechan su descanso para salir, pasear o incluso convivir entre ellos, por lo cual los padres se encuentran atendiendo con mayor calidad a sus hijos.

Por otro lado, preescolar forma parte de manera activa en este proceso de imitación, ya que los niños ya no se encuentran únicamente en convivencia con su primer entorno que es la familia. Por lo cual, sería

importante brindarle al niño herramientas necesarias para enfrentar situaciones de la vida, es decir, hablar de una educación integral, donde el niño desarrolle habilidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales. Las cuales las dos últimas suelen dejarse muchas veces fuera de la educación, dándole mayor peso a conocimientos intelectuales. La influencia que ejerce el maestro sobre el niño es determinante para su autoconcepto y autoestima dentro y fuera del aula, por lo cual es importante pensar acerca de la figura que se ejerce frente a los alumnos, brindándoles un apoyo a través de la comunicación y el afecto.

Los contenidos televisivos no forman parte del plan de estudios dentro de un nivel educativo, sin embargo, sería importante contemplarlos dentro de la formación académica y de esta manera se podría tener un control de conductas violentas (irritabilidad) ejercidas por los niños, ya que sería un tema a tratar y sobre todo teniendo en cuenta la práctica de una salud mental, desde edades pequeñas. Cabe resaltar que los estudios o intervenciones realizadas en México son muy escasas, sobre todo en la edad estudiada en la presente investigación y son más estudios, los cuales se enfocan en las consecuencias reflejadas en la etapa de la adolescencia, en el cual las estadísticas reflejan jóvenes con altos índices de conductas autodestructivas.

Aún hay muchos temas que explorar, la investigación realizada deja varias preguntas abiertas para tomarse en cuenta en futuras indagaciones científicas. La cual se sugiere profundizar en la relación niño, televisión y escuela, retomando en gran medida el sistema educativo que impera actualmente en el país de México y no dejando a un lado el papel tan importante que ejercen los padres durante el proceso de desarrollo de sus hijos.

Referencias

- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aldea, S. (2004). La influencia de la nueva televisión en las emociones y en la educación de los niños. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 4(2), 145-159.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao, España.
- Drake, V. (2003). Los genios del escándalo. *Revista semanal*.
- Ferrés, J. (1994). *Televisión y Educación*. Barcelona, España. Editorial Paídos, SAICF.
- Fuentes, J. (2001) *Efectos de un programa de modificación de conducta sobre la agresividad en los niños del tercer nivel de preescolar*. Trabajo especial de Grado. Centro de investigaciones psicológicas y sexológicas. Maracaibo.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la Investigación (5ª Ed.)*. México: McGraw Hill Educación.
- Leiva-Díaz, V. (2007). "Agresividad en niños y niñas de Kínder y primer ciclo, del área Metropolitana". *Revista ciencias sociales*, 117-127.
- Levine, M. (1997). *La violencia en los medios de comunicación: cómo afecta al desarrollo de los niños y adolescentes*. Bogotá: Norma.
- Martínez, F. (2012). "Derechos Humanos y la televisión desde la perspectiva de los niños". *Razón y Palabra*, 17(81). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Meirelles, A.H. (2005). *Televisión de Calidad*. IV Muestra y Seminario Internacional. "Compromiso por una Televisión de Calidad para la Infancia en Colombia". Bogotá.
- Papalia, D.E., y Wendkos-Olds, S. (1997). *Desarrollo humano*. Santa Fe de Bogotá: Mc Graw-Hill.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Villacastín, R. (2002). Víctima de la fama. *Revista Mujer de hoy*, 183, 58.
- Wood, W., Wong, F.Y., y Chachere, J.G. (1991) *Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction*. Psychol Bull.
- Zarate, O. (2006). "Hábitos televisivos en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con los problemas de conducta". *Procesos Psicológicos y Sociales Vol. 2*. Universidad Veracruzana. Instituto de Psicología y Educación.

Zarate, O. (2009). "Análisis del uso de la televisión y su relación con los problemas de conducta infantil". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4). Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

CAPÍTULO 9

Influencia de una Orientación Psicoeducativa en el Rendimiento Académico de Alumnos de Secundaria

Antonio Abraham Martínez Rodríguez y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad De La Salle Bajío, Campus Salamanca (México)

Introducción

En los últimos cuarenta años, ha existido un creciente número de estudios que relacionan variables psicológicas con el desempeño escolar o laboral del individuo. Dentro del campo académico, por ejemplo, los investigadores se han centrado principalmente en las reacciones afectivas o emocionales que los alumnos tienen en respuesta a su propia actuación escolar o académica, así como también en la motivación de los mismos para el aprendizaje escolar (Harter, 1988). La Teoría Atribucional de la Motivación de Weiner (1985) postuló que la necesidad de rendimiento está mediada por atribuciones que influyen en las expectativas de éxito, en las percepciones de control y competencia, en las reacciones afectivas y en la conducta motivacional. Otros autores como Dweck (1986) y Nicholls (1984) se centraron en el papel de las metas y postularon que la motivación puede ser adaptativa o desadaptativa según las orientaciones de meta de los estudiantes. Bandura (1977) subrayó el papel de las percepciones de autoeficacia y su influencia en el nivel de motivación. Covington (1984), en su teoría de la Autovalía afirmó que las bajas percepciones de competencia inducen a los estudiantes a orientar su conducta más hacia la defensa del yo que hacia un adecuado aprendizaje, algo que ya antes había propuesto, desde su enfoque humanista, Rogers (1969). Por otra parte, Pintrich y De-Groot (1990) señalaron que las principales teorías de la motivación académica de su tiempo se articulaban en torno a componentes de expectativas, componentes de valor y componentes afectivos.

Además de lo anterior, el rendimiento académico ha sido relacionado con el Autoconcepto y la Autoestima (Broc, 2000; Núñez et al., 1998; Peralta y Sánchez, 2003; Herrera, Ramírez, Roa, y Herrera, 2004), las conductas de inducción de autorregulación académica desplegadas por los padres y madres en sus tareas habituales en el hogar (González-Pienda et al., 2002; Sánchez, 2013), adaptación al contexto escolar (Ramírez, Herrera, y Herrera, 2003) e incluso variables como el “mindfulness” (León, 2008). Estudios internacionales han proporcionado evidencias que señalan factores que influyen en el rendimiento académico, muchos de los cuales son extra-educativos, y se encuentran en el entorno personal, familiar y escolar del estudiante (Sánchez, 2013). Entre éstas se encuentran variables cognitivas y motivacionales (González-Pienda, 2003), el autocontrol y las expectativas del educando, el tiempo que pasa en la calle al día, el número de libros en casa, la percepción de la tarea escolar y la comprensión del estudio (González, 2003), la trascendencia de las actitudes, motivación y conducta de cara al aprendizaje (Instituto Tecnológico Danés, 2005) e inclusive el nivel de salud y de nutrición (Sánchez, 2013).

Todas estas líneas apuntan hacia una preponderancia de los factores metacognitivos de autorregulación en el aprendizaje, junto a la integración de aspectos motivacionales que guían y orientan la conducta académica. Ante esto se han diseñado diversos programas educativos para influir o modificar éstas variables psicológicas (Broc, 2000). Ello, al mismo tiempo, ha supuesto una intervención cada vez más activa en el campo académico de la figura del psicólogo, el cual ha incursionando en la planificación educativa, el proceso instruccional, la evaluación, etc.

Lo anterior también ha dado pie a la implementación de diversos programas y proyectos para mejorar el rendimiento académico de los estudiantes. Los objetivos de estos programas reflejan orientaciones que

parten de distintos presupuestos teóricos que compiten entre sí, y van desde lo educacional hasta las terapias más formales. Aproximaciones terapéuticas más específicas se han basado en la terapia cognitiva (Beck, 1976; Seligman, 1993), la terapia racional emotiva (Ellis, 1958; Zastrow, 1994) y en intervenciones psicoanalíticas (Wexler, 1991) basadas en la formulación de Kohut (1977).

En los últimos años del siglo pasado, la balanza se inclinó hacia la orientación del aprendizaje de habilidades cuyas intervenciones se han dirigido hacia dimensiones específicas. Harter (1998) sugirió la utilidad de distinguir entre el objetivo de un programa (por ejemplo, fortalecer la autoestima) con lo que podría denominarse “el blanco” de las intervenciones, argumentando que mientras el fortalecimiento de la autoestima puede ser una meta, las estrategias de intervención deberían dirigirse hacia sus determinantes. Dentro de este modelo, las intervenciones para fortalecer la autoestima se inclinaron a intentar reducir la discrepancia entre las dimensiones de competencia/importancia, y de forma complementaria, encontrar formas de incrementar la aprobación de los “otros significativos”, proporcionando apoyo de agentes familiares o sociales de los cuales los adolescentes pueden obtener una visión más positiva. Esto contrastaba con los programas de la década de los años 60 y 70, que intentaban aumentar la autoestima del joven directamente, más tenían poco impacto sobre la misma (Broc, 2000).

Investigadores como Greenberg, Pyszczynski, y Solomon (1995) ofrecieron argumentos similares, centrándose prioritariamente sobre el aprendizaje de destrezas. Otros autores se han centrado básicamente sobre aquellas variables atribucionales del sentido individual del «yo» y que están implicadas en trastornos depresivos.

A la fecha, la relación entre la pedagogía y la psicología es prácticamente indivisible; en general, se considera que las dos corrientes que más incidencia han tenido en el campo educativo son la conductual y la cognoscitiva (Castañeda, 2004), en particular porque son los que se enfocan más al procesamiento de información de los estudiantes. En ese sentido, las aportaciones consteladas bajo estas corrientes enfatizan la construcción de representaciones y procedimientos cognitivos (Osés, Aguayo, Duarte, y Manuel, 2010), y de ellas se desprenden diversos esquemas que buscan apoyar la comprensión y el razonamiento. El cognitivismo, en particular, parte de un paradigma de “procesamiento estratégico de la información”, el cual es la premisa de las llamadas “estrategias de aprendizaje”.

Danserau (1985) fue uno de los primeros en concebir las estrategias de aprendizaje en términos de “secuencias integradas de actividades o procedimientos, que se eligen con el fin de facilitar la adquisición, almacenamiento y utilización de la información”. De manera paralela, Weinstein y Underwood (1985) definieron las estrategias como “conocimientos o conductas que influyen los procesos de codificación y facilitan la adquisición y recuperación de nuevo conocimiento”. Por su parte Beltrán (1998) definió las estrategias de aprendizaje como “los planes, procedimientos o cursos de acción que el aprendiz realiza, los cuales utiliza como instrumentos para optimizar el procesamiento de la información (codificación, organización y recuperación de la información)”.

Posteriormente vendrían otros autores a hacer la diferenciación entre “técnica” y “estrategia”. Generalmente se ubica a la “técnica” en un nivel más básico que la “estrategia”, la cual se considera un mecanismo más elaborado. Ruiz y Cerezo (2004) plantean que el concepto de “estrategia” implica una connotación finalista e intencional; un plan de acción ante una tarea que requiere una actividad cognitiva que es activa y por lo tanto implica aprendizaje. Aún a pesar de hacer esta diferenciación Schmeck (1988) consideraba que las estrategias y las técnicas trabajaban conjuntamente para producir un resultado de aprendizaje unificado.

De manera paralela, Hernández (2000) divide a las estrategias de aprendizaje en dos estratos: las del primero son superfluas, y promueven un aprendizaje asociativo y poco profundo de la información. Ejemplos de ello son las técnicas de repetición, de memorización, nemotecnias, etc. Por otro lado, en el segundo estrato se encuentran técnicas que promueven una re-estructuración y un procesamiento profundo de la información. Pertenecen al campo de lo que se ha llamado “metacognición” (Ministerio

de Educación, República de Perú, 2006), y ejemplos de ello son los “Mapas Mentales” y los “Mapas Conceptuales”.

Ante el panorama presentado, se puede concluir que, las técnicas de estudio y estrategias de aprendizaje tienen un carácter intencional y/o propositivo en búsqueda de un fin, el cual es teóricamente mejorar el aprendizaje. La técnica usualmente se coloca en un nivel más superfluo, repetitivo y memorístico, mientras que la estrategia es más elaborada.

En la actualidad hay una gran cantidad de instrumentos que se usan para evaluar las estrategias de procesamiento de la información y el aprendizaje autorregulado. Las más comúnmente utilizadas en la literatura son la Escala del Control de la Acción; el Inventario de Estrategias de Aprendizaje y Estudio (LASSI por sus siglas en inglés; Weinstein y Underwood, 1985); el Inventario de los Procesos de Aprendizaje (ILP-R) de Schmeck (1988; Schmeck, Geisler-Brenstein y Cercy, 1991); y el Inventario de Estilos de Aprendizaje y Orientación Motivacional (EDAOM) de Castañeda (2004).

La mayoría de los trabajos se han realizado con estudiantes de nivel superior, de los cuales por su edad se espera que tengan mayores habilidades de aprendizaje, y puedan organizarse mejor y administrar con eficacia su tiempo. Ejemplos de ellos son los estudios de Paucar (2015), Herrera-Torres y Lorenzo-Quiles (2009), Ángel-González et al. (2014), Hernández, Rodríguez, y Vargas (2012), Norzagaray, Sevillano, y Valenzuela (2012) y Mena, Golbach, y Veliz (2009). A nivel medio superior también se han realizado estudios, como es el de Roux y Anzures (2015). Pero el nivel medio (“secundaria”) ha sido muy relegado por los investigadores, a tal punto que es difícil encontrar instrumentos aplicables para poblaciones menores a 15 años, puesto que no existen estandarizaciones para ése rango de edad.

Además de lo anterior, es necesario subrayar que un problema principal relacionado con los esfuerzos puestos en el diseño de programas de intervención ha sido el fracaso en emplear una estrategia de evaluación adecuada en cada programa (Broc, 2000). Esto es cierto particularmente en México: la investigación realizada no halló estudios que reportaran la influencia de las intervenciones psicológicas en el rendimiento escolar en estudiantes del país, a pesar de que la práctica psicológica en el ámbito académico es ya común en nuestros días (Castro, 2004; Hernández, 2007). Algunos de los análisis evolutivos son todavía excesivamente teóricos y descriptivos, y carecen de especificidad así como de un fundamento empírico sólido, particularmente en lo que respecta a los factores subyacentes y reglas de transición que expliquen los mecanismos del cambio (Broc, 2000). Ejemplo de esto es el trabajo de Hojas, Anais, Bustos, Letelier, y Zuzulich (2012), quienes no ofrecen evidencias sólidas para constatar que su trabajo ha generado un impacto real en los estudiantes. Otros documentos se quedan en calidad de anteproyecto: tal es el caso de García (2012), Brenlla, Porto, y Barca (2008) y González (2016).

No obstante, sí existen estudios documentados que estudian la efectividad de éste tipo de intervenciones, aunque no en México. Están los trabajos de Arco, López, Heilborn, y Fernández (2005), en España; Arellano (2012), en Perú; Díaz, Ortigosa, Díaz, y Castillo (2015), en Cuba; y González y Delgado (2007).

México, en el contexto internacional fue considerado como un país muy alejado del promedio (según los parámetros de la OCDE), en el informe de PISA (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE], 2010) para México, se estableció que el 39% de los alumnos mexicanos se encuentran en el nivel del 0 al 1. Esto quiere decir que cuentan con un grado inferior; estos alumnos no tienen la capacidad de desarrollar las actividades que exige la vida en la sociedad del conocimiento. 54% de los alumnos evaluados fueron clasificados en un nivel intermedio (2 a 3), el cual los considera con el mínimo adecuado para desarrollarse en la sociedad contemporánea. Solamente el 6% de los alumnos mexicanos que fueron evaluados, están en el rango superior (3 a 5); este porcentaje representa a los alumnos que tienen potencial para realizar actividades de alta complejidad cognitiva y científica.

En lo que respecta al nivel básico, las evaluaciones periódicas mediante los llamados Exámenes para la Calidad y el Logro Educativo (EXCALE) y la Evaluación Nacional de Logro Académico en Centros Escolares (ENLACE), aplicadas por el INEE y la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), han reflejado

que el desempeño de los estudiantes en estos niveles es pobre. La evaluación de ENLACE para secundaria (S.E.P., 2007, 2008, 2013), la cual se ha venido aplicando anualmente a finales de ciclo escolar, en los últimos 6 años, confirma los bajos resultados obtenidos en las evaluaciones antes mencionadas; en las áreas de español y matemáticas. Tras once años de permanencia en el sistema educativo, 79.3% de los alumnos tienen una calificación de insuficiente o elemental en español y 79.7% en matemáticas (S.E.P., 2013).

Otro problema grave lo presenta la deserción escolar; en Latinoamérica las estadísticas más alarmantes se concentran en la educación media, tanto en la secundaria básica, como en la secundaria superior o bachillerato. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Interamericano de Desarrollo, solamente uno de cada dos adolescentes logra completar la secundaria (Bassi, Busso, Urzúa, y Vargas, 2012), lo que implica que 50 millones de jóvenes de la región no logran culminar la secundaria completa.

En México, hasta 16% de alumnos de secundaria deserta, según la Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa (2017) del Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos. Las estadísticas elaboradas por la citada Dirección indican que al inicio de un ciclo escolar existe una matrícula (en todo el territorio mexicano) de 2 millones 146,914 alumnos; sin embargo, al término de los tres años de instrucción, sólo egresan 1 millón 786,566 de escuelas públicas y privadas. La deserción se presenta en los tres niveles educativos (primaria, secundaria y bachillerato), pero en la educación media superior se da el mayor abandono de los estudiantes (Reyes, 2014).

Frente a la media latinoamericana (39%), el índice mexicano de fracaso a nivel básico (primaria y secundaria), cerca del 48%, sólo es superado por Honduras (63.25), Guatemala (58%), y Nicaragua (49.75%) (Espíndola y León, 2009). Por su parte, el Instituto Nacional de Evaluación de la Educación (INEE) indica que el estado de Guanajuato empata en cuarto lugar con Morelos en la tasa de deserción, sobre todo del nivel de secundaria (Van-Dijk y Hernández, 2009; Secretaría de Educación Pública [S.E.P.], 2016; Secretaría de Educación de Guanajuato, 2015). Las principales causas son las condiciones marginales de bajo ingreso económico y situaciones de pobreza, inequidad de género en las exigencias sociales y familiares que impidan a las y los jóvenes continuar con sus estudios, la falta de apoyo y de una estructura funcional familiar, los embarazos tempranos, la escolaridad de los jefes y madres de familia.

Tomando en cuenta lo anterior, y siguiendo sobre la línea que han trazado los diversos psicólogos revisados, resulta evidente la necesidad de poner un revés a ésta situación. Es por ello que en éste trabajo se evaluará qué tan efectiva es una intervención psicoeducativa en el rendimiento y uso de técnicas de aprendizaje del estudiante, con vistas a mejorar las alarmantes estadísticas que nos colocan en un comprometido lugar internacionalmente.

Método

Participantes

La muestra original se compuso de 90 alumnos de secundaria el municipio de Salamanca, Guanajuato, México; 33 de ellos pertenecían a la Escuela Secundaria Técnica No. 380, de la comunidad San Juan de Razos; y los 57 restantes pertenecían a la Escuela Secundaria Técnica No. 507, de la comunidad de Cerro Blanco de Mancera. Participaron alumnos de ambos géneros y pertenecientes a los tres grados establecidos por el plan de estudios, y fueron seleccionados por sus maestros con base a su bajo rendimiento escolar y/o problemas de conducta (muestreo no probabilístico, Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Instrumentos

Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio (CHTE), de Álvarez y González (2013).

El CHTE tiene como finalidad recoger información sobre los alumnos en sus hábitos y técnicas básicas de estudio (Álvarez y Fernández, 1987). Consta de 56 reactivos, y puede ser autoaplicado o heteroaplicado, ya sea de manera individual y colectiva (Álvarez y Fernández, 2013). El cuestionario se desglosa en siete escalas:

- Actitud general hacia el estudio (AC, 10 reactivos). Incluye todo lo referente a la predisposición, interés y motivación hacia el estudio.
- Lugar de estudio (LU, 10 reactivos). Alude a la ubicación física que, de alguna manera, puede contribuir a una mayor concentración y rendimiento en el mismo.
- Estado físico del escolar (ES, 6 reactivos). Se refiere a las condiciones físicas personales, en cuanto a la situación de su organismo, que le permitan un buen rendimiento en el estudio.
- Plan de trabajo (PL, 10 reactivos). Incluye todo lo que hace referencia a una buena planificación y estructuración del tiempo que se va a dedicar al estudio, teniendo en cuenta el número de materias y su dificultad.
- Técnicas de estudio (TE, 9 reactivos). Ofrece pautas de “cómo estudiar” y recoge los diferentes pasos que deben seguirse para el estudio de un tema o lección.
- Exámenes y ejercicios (EX, 5 reactivos). Se refiere a las pautas que conviene seguir cuando se va a realizar un examen o ejercicio.
- Trabajos (TR, 6 reactivos). Incluye los aspectos que se han de tener en cuenta para realizar un trabajo (tales como el esquema inicial, las fuentes de información, el desarrollo y la presentación).

El CHTE está dirigido a escolares con edades entre los 10 y 18 años, cubriendo a alumnos de 5º de primaria hasta 1º de Bachillerato, y también a los que hayan podido repetir algún curso, si es el caso (Álvarez y Fernández, 2013). Su primer publicación fue en 1990; la revisión y actualización de la versión más reciente, así como la elaboración de los nuevos baremos incluidos en ella fueron llevadas a cabo por Tamara Luque Cuenca (Álvarez y Fernández, 2013). Dado que los baremos en percentiles y el baremo en general fueron determinados usando población española, para el presente estudio se utilizó únicamente la puntuación bruta para llevar a cabo los análisis estadísticos, pues la prueba elegida no requiere de puntajes percentiles.

Además de lo anterior, se utilizó el promedio del estudiante en el bimestre inmediato previo a recibir la orientación psicológica como unidad de evaluación para el análisis estadístico, cotejado con el promedio general del bimestre posterior.

Procedimientos

Los alumnos de la muestra se agruparon en tres distintos grupos según su grado, y participaron en una intervención psicoeducativa consistente en ocho sesiones semanales con una duración de 1 hora y media. Debido a la ausencia de dos turnos en las escuelas seleccionadas, se trabajó solicitando a los maestros que les permitan a sus alumnos ausentarse de sus clases para asistir a sus sesiones con el investigador.

La orientación brindada se desarrolló con un formato didáctico/expositivo, con su foco siendo métodos de estudio y administración del tiempo, a manera de Tutoría.

El Cuestionario de Autodiagnóstico de Hábitos de Estudio se aplicó antes y después de la intervención. Con esto, en suma con las calificaciones numéricas de los alumnos, se pretendía determinar si la orientación psicológica tuvo un efecto positivo en el desempeño académico.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos fue efectuado mediante el programa informático SPSS versión 11. Una vez introducidos los datos se analizaron mediante las tablas de contingencia. Las pruebas estadísticas a utilizar fueron el índice de correlación de Pearson y la T de Student.

Después de recogidos los cuestionarios se revisaron con ayuda del programa y se obtuvieron las puntuaciones directas. La conversión a percentil únicamente se hizo con fines gráficos (Véase Gráfica 1), más las pruebas estadísticas se realizaron con la puntuación bruta. Esto se hizo por dos razones básicamente: en primer lugar, porque recordemos que la prueba no está estandarizada por la población mexicana; y en segundo lugar, porque para éste estudio en particular no era necesario hacer la conversión.

Dados los valores poco significativos que arrojó el primer análisis, se hizo un estudio colateral, en el cual se eliminó del análisis a los estudiantes que hubieran asistido a menos del 75% de las sesiones. Con ello la muestra quedó reducida a 70 estudiantes y los valores absolutos de la T de Student aumentaron.

Por último, se hizo un segundo estudio colateral en el cual se sometió a una muestra mucho más reducida (30 alumnos) a los mismos análisis estadísticos. Éste nuevo corte incluía también alumnos que no habían participado en las sesiones de orientación grupal ofrecidas por el investigador, pero que tenían una característica en común: todos ellos habían asistido a orientación psicológica individual durante el último bimestre. Éste último corte fue el que arrojó los resultados más alentadores de todos.

Resultados

Datos sociodemográficos de la población

Tabla 1. Características y distribución de la muestra (N=180)

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombres	98	54.4%
Mujeres	82	45.6%
Edad		
12	13	7.2%
13	36	20%
14	56	31.1%
15	62	34.4%
16	7	3.9%
17	5	2.8%
18	1	0.6%
Grado		
1ro. Secundaria	50	27.8%
2do. Secundaria	34	18.9%
3ro. Secundaria	96	53.3%
Escuela		
Telesecundaria núm. 380	66	36.7%
Telesecundaria núm. 507	114	63.3%

Calificaciones numéricas

Tabla 2. Prueba de muestras relacionadas (calificaciones numéricas antes y después de recibir la intervención psicoeducativa)

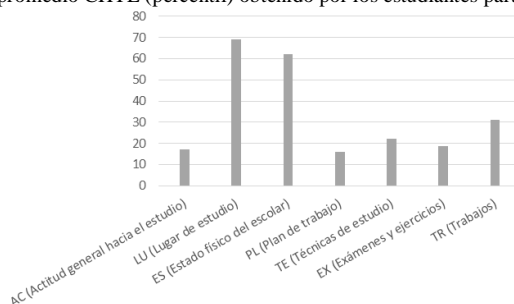
Promedio del período Mayo-Junio 2017 v.s. promedio del período Julio-Agosto 2017	T	gl	Sig. (bilateral)
Estudio original Totalidad de estudiantes que recibieron orientación psicoeducativa grupal	-1.340	89	.184
Estudio colateral #1 Estudiantes que asistieron a 75% (o más) de las sesiones	-2.5	69	.014
Estudio colateral #2 Estudiantes que asistieron a Atención Individual	-62.225	29	.000

En todos los casos la media se encuentra dentro del rango de 95% de confianza para la diferencia, lo cual nos indica que la media es diferente; sin embargo el valor de *p* solamente es significativo en los estudiantes que asistieron a más del 75% de las sesiones de orientación, y aquéllos que participaron en Atención Individual.

Puntajes CHTE

Se comenzará por presentar, a manera de gráfica, los puntajes generales obtenidos en el Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio (CHTE), de Álvarez y González (2013), aplicados a los estudiantes participantes antes de que tomaran parte en las sesiones de orientación psicoeducativa.

Gráfica 1. Puntaje promedio CHTE (percentil) obtenido por los estudiantes participantes en el estudio



Se puede observar, en primer lugar, el puntaje relativamente alto en LU (Lugar de estudio) y ES (Estado Físico), lo cual implica que, en su mayoría, los alumnos cuentan con un lugar adecuado para estudiar, y sus necesidades básicas están cubiertas en buena medida. Por otro lado, se observa que los puntajes más bajos son aquéllos correspondientes a AC (Actitud general ante el estudio) y PL (Plan de trabajo). Esto implica que los estudiantes, en su mayoría, presentan una desorientación con respecto a las razones por las que estudian, y una falta de objetivos y/o metas claros. Por otra parte, también indica una falta de estructura y organización para el estudio.

Para responder a la primera pregunta de investigación de éste trabajo, se realizará un coeficiente Pearson de correlación, para observar qué tanto influye la presencia o ausencia de hábitos y técnicas de estudio en la calificación numérica obtenida por un estudiante:

Tabla 3. Prueba de Pearson (correlación de las calificaciones numéricas de los estudiantes con las variables medidas por el CHTE)

Correlaciones		Actitud ante el estudio (AC)	general estudio	Lugar de estudio (LU)	Estado físico (ES)	Plan de trabajo (PL)
Promedio global (calificación numérica)	Correlación de Pearson	.900**		.853**	.549**	.501**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000
	N	180		180	180	180
Correlaciones (cont.)			Técnicas de estudio (TE)	Exámenes y ejercicios (EX)	Trabajos (TR)	
Promedio global (calificación numérica)	Correlación de Pearson		.739**	.867**	.880**	
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	
	N		180	180	180	

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de ésta prueba estadística nos revelan que todas las variables medidas por el instrumento efectivamente inciden en el desempeño académico del alumno, con la variable AC (Actitud general ante el estudio) siendo la que más se relaciona con dicho desempeño, y ES (Estado físico) y PL (Plan de Trabajo) las que menos influencia tienen.

A continuación, se cotejará qué tanto éstos puntajes cambian a raíz de la intervención psicoeducativa realizada. Para ello, se llevará a nuevamente una Prueba T para muestras relacionadas, ésta vez introduciendo los puntajes obtenidos en las diferentes escalas del CHTE como datos:

Tabla 4. Prueba de muestras relacionadas (puntajes CHTE antes y después de recibir la intervención psicoeducativa)

Pre-test v.s. post-test		T	gl	Sig. (bilateral)
Actitud general ante el estudio (AC)	Estudio original	-.904	89	.369
	Estudio colateral #1	-.002	69	.983
	Estudio colateral #2	-7.954	29	.000
Lugar de estudio (LU)	Estudio original	-1.133	89	.260
	Estudio colateral #1	-1.522	69	.133
	Estudio colateral #2	-5.595	29	.049
Estado físico (ES)	Estudio original	-1.000	80	.320
	Estudio colateral #1	-1.136	69	.260
	Estudio colateral #2	-1.758	29	.086
Plan de trabajo (PL)	Estudio original	-1.000	89	.320
	Estudio colateral #1	-1.758	69	.083
	Estudio colateral #2	-5.144	29	.044
Técnicas de estudio (TE)	Estudio original	-.831	89	.408
	Estudio colateral #1	-3.253	69	.002
	Estudio colateral #2	-7.077	29	.025
Exámenes y ejercicios (EX)	Estudio original	-1.043	89	.300
	Estudio colateral #1	-2.177	69	.033
	Estudio colateral #2	-6.954	29	.026
Trabajos (TR)	Estudio original	-1.068	89	.288
	Estudio colateral #1	-2.368	69	.021
	Estudio colateral #2	-5.177	29	.044

En el caso de todas las variables la diferencia de medias obtenida cae dentro del rango señalado por el 95% rango de confianza. Sin embargo, no en todos los casos $p > .5$ con lo cual se anula la hipótesis.

En el estudio original, no se encontraron estadísticamente significativas antes y después de recibir la orientación psicoeducativa. No fue sino hasta realizar los cortes posteriores (Estudio colateral #1 y #2), que el valor de p adquirió significancia para algunas de las dimensiones medidas. Éstos resultados parecen indicar que la intervención realizada únicamente generó cambios en aquéllos estudiantes que asistieron al menos a 75% de las sesiones. No obstante, dichos cambios son estadísticamente menos significativos que aquéllos que presentaron los alumnos que asistieron a Atención Individual.

Discusión/Conclusiones

Los índices de correlación hallados entre las calificaciones numéricas y los hábitos y técnicas de estudio empleadas por el alumno nos inclinan a pensar en una interconexión entre dichas variables. Dicho de otro modo: un estudiante de Alto Rendimiento Académico es, estadísticamente hablando, muy probablemente un estudiante con hábitos y técnicas de estudio eficientes. Parece, pues, razonable pensar en el Rendimiento Académico como una variable compleja, que contemple todas las acciones que el estudiante hace en pos de la adquisición del conocimiento.

Esto pone en tela de juicio, en primer lugar, si los instrumentos utilizados por las autoridades educativas nacionales e internacionales para determinar los niveles de logro de cada niño están dando resultados acertados. Con pruebas estandarizadas como PISA, ENLACE y CENEVAL, el sistema educativo parece gravitar cada vez más lejos de los procesos de adquisición de aprendizaje, una postura que va en contra de no únicamente del pensamiento cognoscitivista, sino también con la propuesta de la

UNESCO y con el modelo de competencias que actualmente predomina en la mayoría de las instituciones educativas, como lo señala acertadamente Sánchez (2013). En éste sentido, si bien el presente documento no pretende ir en contra de las tendencias actuales de evaluación, sí pretende no obstante poner de manifiesto las variables que existen detrás de aquello que, de manera reduccionista, estas pruebas estandarizadas pretenden medir.

Entre las numerosas variables estudiadas por González (2003) encontramos las expectativas del estudiante, y su percepción de la tarea escolar, algo para lo cual podríamos encontrar un paralelo con lo evaluado por la escala AC del Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio. En ése sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio son concordantes con los hallados por González (2003), el cual halló en estos indicadores un puntaje relativamente bajo en los alumnos de rendimiento académico deficiente. La escala AC, la cual mide cuestiones como la claridad que tiene el alumno sobre sus razones para estudiar, es de las dimensiones que obtuvo un promedio global más bajo en los estudiantes participantes, y según el coeficiente de Pearson presenta una correlación positiva, altamente significativa (.900) con las calificaciones numéricas.

Además de González (2003), González-Piendi (2003) contempla a la motivación como uno de los factores que influyen en el Rendimiento Académico. Por su parte, tanto el Instituto Tecnológico Danés (2005) como Sánchez (2013) contemplan a la actitud en sí como variable relacionada con dicho rendimiento. El presente estudio presenta evidencia para sustentar la importancia otorgada por los autores antes mencionados a ésta dimensión psicológica.

Coello (2006) también considera a las estrategias de aprendizaje como una de las variables en su clasificación de factores relacionados con el Rendimiento Académico. Aunque el presente estudio presentó tendencias de correlación considerables, que abarcan de entre .501 a .867, no es posible contrastar éstos resultados con otros trabajos similares sencillamente por el hecho de que se tratan de distintas poblaciones.

Como ya se explicó, la gran mayoría de las investigaciones respecto a las técnicas de estudio y estrategias de aprendizaje se han realizado en poblaciones de edad mayor a la estudiada (Paucar, 2015; Herrera-Torres y Lorenzo-Quiles, 2009; Ángel-González et al., 2014; Hernández, Rodríguez, y Vargas, 2012; Norzagaray, Sevillano, y Valenzuela, 2012; Mena, Golbach, y Veliz, 2009; Roux y Anzures, 2015). Todos éstos autores estudiaron poblaciones universitarias (a excepción de Roux y Anzures, 2015, quienes trabajaron con estudiantes de preparatoria) y encontraron niveles de correlación más contundentes que los hallados en el presente estudio.

Tomando lo anterior en consideración, las diferencias entre lo hallado aquí y los estudios anteriormente citados se pueden deber a:

a) La edad cronológica. La pubertad (etapa cronológica en la que se encontraban la mayoría de los alumnos estudiados) es una etapa de muchos cambios físicos y psicológicos, algunos de los cuales podrían influir en las variables que aquí se estudian.

b) La población estudiada. Además de la edad, el presente estudio presenta la particularidad de que la población, casi en su entereza, pertenece a comunidades de tipo rural, lo cual ocasiona que cualitativamente sea muy diferente a las poblaciones universitarias estudiadas por los autores citados.

c) La escala utilizada. Por último, la mayoría de las escalas más comúnmente utilizadas para evaluar estrategias de aprendizaje y técnicas de estudio están dirigidas a poblaciones mayores. Resulta lógico pensar que con diferentes instrumentos de medición se obtengan correlaciones diferentes.

Por último, resulta curioso mencionar que, de los autores consultados, únicamente Sánchez (2013) considera a los niveles de salud y de nutrición como dos de los factores que influyen en el Rendimiento Académico. Nuevamente, el Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio posee una bondad que la mayoría de los otros instrumentos no posee: su escala ES, para evaluar las condiciones físicas personales, tomando en cuenta su alimentación y ciclos de sueño.

Un abordaje primerizo se vería tentado a deducir que la escala ES no tiene incidencia significativa en el Rendimiento, sin embargo, éste aspecto resulta dudable porque en ésta escala la gran mayoría de los participantes obtuvo puntuaciones altas. Para poder confirmar la hipótesis de la nula incidencia del Estado Físico en el Rendimiento Académico, tendríamos que contar con una muestra de jóvenes que efectivamente no cuenten con una alimentación y vivienda adecuadas, y evaluar su desempeño académico. Debido a la ausencia de estudios consultados respecto al tema, no es posible cotejar los hallazgos de éste estudio con otros, no obstante, se pueden hipotetizar explicaciones posibles: un estudiante con buena alimentación y vivienda digna puede dedicar más de su tiempo en trazar estrategias de aprendizaje efectivas y menos a pensar qué comerá y dónde dormirá. Por el momento, lo único que podemos concluir de éstos resultados, es que en las dos comunidades estudiadas de Salamanca, Guanajuato, México, la alimentación y la salud de los estudiantes es algo que es muy procurado por sus familias.

Por último, los resultados de las pruebas de correlación realizadas en el estudio original parecen sugerir que la intervención psicoeducativa realizada no tuvo efecto alguno sobre el Rendimiento Académico de los alumnos estudiados. Aunque esto se vería ligeramente modificado con los cortes realizados por los estudios colaterales, es importante poner de manifiesto que los resultados iniciales eran discordantes con el resto de las investigaciones realizadas en el tema. El primer y más importante factor es la realidad temporo-espacial: se trata de estudios realizados en un país distinto (en donde, por tanto, existirán un gran número de variables que diferirán con el presente estudio). Además del evidente detalle de la diferencia entre lenguas maternas, aún si se hubieran realizado en el mismo país muchas variables a nivel cultural, social, económico, político, etc., se han ven modificadas con el tiempo.

Debido a que no se tienen suficientes estudios, la única conclusión a la que se puede llegar es a que, al menos en ésta población en particular (comunidades rurales del municipio de Salamanca, Guanajuato, México) las orientación psicológica individual parece ser más efectiva que las orientaciones psicoeducativas grupales.

El siguiente factor a considerar es el aspecto de la motivación del estudiante. El procedimiento que se llevó a cabo en el presente estudio supone, por naturaleza, que no todos los estudiantes que participaron en la orientación psicoeducativa grupal de hecho querían recibirla, sino que formaron parte porque así lo ordenaron las autoridades académicas para fines del estudio. De modo que algunos estudiantes mostraban mayor motivación que otros respecto a la orientación psicoeducativa, y esto pudo haber influido para que resultaran inafectados por dicha intervención.

Ésta limitación fue atacada, al menos de manera parcial, con el Estudio Colateral #1, el cual buscaba reducir la muestra solamente a aquéllos estudiantes que presentaran constancia en las sesiones psicoeducativas grupales. Esto no necesariamente significa que fuesen los estudiantes más motivados (pues la constancia y la disciplina pueden deberse a otros factores), pero es una forma de aproximarse a dicha variable.

Otro aspecto importante a considerar es que la mayoría de los estudiantes que asistieron a las sesiones de orientación psicoeducativa grupal eran alumnos con bajo rendimiento académico y/o problemas de conducta: el alumno que poseía el promedio más alto alcanzaba a puntuar 7.35, por lo que todos los alumnos orientados se encontraban por debajo de ése valor.

Es importante poner de manifiesto el hecho anterior porque ello puede suponer dos hipótesis:

a) Que las dificultades de adquisición del conocimiento en clase de los estudiantes de bajo rendimiento académico también se trasladan al espacio de la orientación psicoeducativa, por lo tanto interfiriendo en el aprovechamiento de la orientación recibida, o

b) que exista una variable oculta, que presupone la existencia del bajo rendimiento académico y que asimismo interfiere en el aprovechamiento de la orientación psicoeducativa grupal. Un ejemplo de esto podría ser la motivación general ante el estudio: si el estudiante no tiene motivación ni objetivos claros,

el recibir una orientación psicoeducativa también carecerá de sentido para él. No tendrá, pues, la misma intención de aprovecharla que un estudiante que posea otra actitud.

Otro aspecto más lo supone la temática abordada en las sesiones de orientación, pues se estableció la atención como un seminario de hábitos de estudio. No se abordaron situaciones personales, ni pertenecientes a la esfera emocional en las sesiones grupales. Por lo tanto, sería también importante preguntarse si el foco de la intervención debe ser, justamente, hábitos de estudio y administración del tiempo, o algún otro.

Por último, se debe considerar la duración de la intervención: diversos estudios han llegado a la consideración de que las orientaciones psicoeducativas de poca duración no eran tan efectivas como las de mayor duración. En éste sentido, cabe preguntarse si se podrían tener resultados significativamente distintos si la orientación durara dos bimestres, o inclusive medio año.

Es importante poner de manifiesto que el presente estudio abordó únicamente algunas de las variables que en algún punto han sido asociadas con el rendimiento académico. Las variables de tipo contextual (socio-ambientales, instruccionales e institucionales) contempladas en las clasificaciones de González-Pienda (2003) y Coello (2006) no fueron abordadas. Se tomaron como foco específicamente las estrategias de aprendizaje, tocando de manera tangencial factores de tipo motivacional. No se abordaron las variables de inteligencia, aptitudes, estilo de aprendizaje, conocimiento previo, género, edad, gustos, ni tampoco alguna variable de personalidad. Por otro lado, de acuerdo a la clasificación realizada por el Instituto Tecnológico Danés (2005), el nivel estudiado fue el más básico (es decir, el individual, concerniente con la trascendencia de las actitudes, la motivación y la conducta de cara al aprendizaje de los alumnos), dejando de lado los niveles superiores (sistémico, estructural y escolar).

Lo anterior es importante, porque ubica al presente estudio esencialmente como uno de tipo exploratorio, que rasca la superficie de un iceberg bajo cuya superficie visible se esconden un sinnúmero de interacciones entre variables que no fueron objeto de observación en ésta investigación. Dichas interacciones complejas podrían ser objeto de futuros estudios.

Referencias

Álvarez, M., y Fernández, R. (1987). *Programa de orientación de estudios y vocacional al término de la escolaridad obligatoria*. Barcelona, España: PPU.

Álvarez, M., y Fernández, R. (2013). *Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio. Propuesta de un programa de métodos de estudio (4ta ed.)*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.U.

Ángel-González, M., Lara-García, B., Pedroza-Cabrera, F.J., Oropeza-Tena, R., Colunga-Rodríguez, C., y Ávalos-Latorre, M.L. (2014). Estrategias de aprendizaje asociadas al bienestar escolar en la formación inicial de profesores de secundaria. *Revista de Educación y Desarrollo*, 31, 53-60.

Arco, J.L., López, S., Heilborn, V.A., y Fernández, F.D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 589-608.

Arellano, M.A. (2012). *Efectos de un Programa de Intervención Psicoeducativa para la Optimización de las Habilidades Sociales de Alumnos de Primer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo Diocesano El Buen Pastor*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bassi, M., Busso, M., Urzúa, S., y Vargas, J. (2012). *Desconectados. Habilidades, Educación y Empleo en América Latina*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.

Beltrán, J.A. (1998). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.

Brenlla, J.C., Porto, A.M., y Barca, E. (2008). Motivación y aprendizaje en el alumnado de educación secundaria y rendimiento académico: un análisis desde la diversidad e inclusión educativa. *Amazónica Revista de Psicopedagogía, Psicología Escolar e Educação*, 1(1), 9-57.

- Broc, M. (2000): Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en alumnos de 4º de la E.S.O. Implicaciones psicopedagógicas en la orientación y tutoría. *Revista de Investigación Educativa*, 18(1), 119-146.
- Castañeda, F.S. (2004). *Educación, aprendizaje y cognición*. México: El Manual Moderno.
- Castro, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152.
- Coello, J. (2006). *Inteligencia, motivación y autoconcepto y su influencia en el rendimiento académico*.
- Danserau, D.F. (1985). Learning strategy research. En J. Segal, S. Chipman, y R. Glaser (Eds.), *Thinking and learning skills: Relating instruction to basic research* (pp. 209-240). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Díaz, Y., Ortigosa, E., Díaz, A., y Castillo, Y. (2015). Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina. *Revista Electrónica Dr. Zolio E. Marinello Vidaurreta*, 40(5).
- Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa (2017). *Principales cifras 2015-2016*. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública.
- Dweck, C.S. (1986). Motivational Processes Affecting Learning. *American Psychologist*, 41(10), 1040-1048.
- Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 58, 35-49.
- Espíndola, E., y León, A. (2009). La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 204-275.
- García, I.P. (2012). *Intervención psicoeducativa en alumnos de altas capacidades. Diseño de un programa de intervención extracurricular*.
- González, C. (2003). *Factores determinantes del bajo rendimiento académico en educación secundaria*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 8 de agosto de 2016, de <http://eprints.ucm.es/tesis/edu/ucm-t27044.pdf>
- González, M. (2016). *Relación entre los procesos atencionales, de memoria y el rendimiento académico en estudiantes de 8 y 9 años*.
- González-Pienda, J.A. (2003). El rendimiento escolar. Un análisis de las variables que lo condicionan. *Revista Galego-portuguesa de Psicología y Educación*, 7(2), 247-258.
- González-Pienda, J.A., Núñez, J.C., Álvarez, L., González-Pumariega, S., Roces, C., González, P., Muñoz, R., y Bernardo, A. (2002). Inducción parental a la autorregulación, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 14(4), 853-860.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., y Solomon, S. (1995). Toward a dual-motive depth psychology of self and social behavior. En M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 73-101). New York: Plenum Press.
- Harter, S. (1988). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. En la A. Greca, (Ed.). *Childhood Assessment: Through the eyes of a child*. Allyn and Bacon.
- Harter, S. (1998). The Development of Self-Representations. En W. Damon y N. Eisenberg. *Handbook of Child Psychology. Vol. 3: Social, Emotional, and Personality Development*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hernández, C.A., Rodríguez, N., y Vargas, Á.E. (2012). Los hábitos de estudio y motivación para el aprendizaje de los alumnos en tres carreras de ingeniería en un tecnológico federal de la ciudad de México. *Revista de la educación superior*, 41(163), 67-87.
- Hernández, G. (2007). Una reflexión crítica sobre el devenir de la psicología de la educación en México. *Perfiles educativos*, 29(117), 7-40.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación (4ta ed.)*. México: Mc. Graw Hill.
- Herrera, C.F., Ramírez, S.M.I., Roa, V.J.M., y Herrera, R.I. (2004). ¿Cómo interactúan el autoconcepto y el rendimiento académico, en un contexto educativo pluricultural? *Revista Iberoamericana de Educación*. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/627Herrera.pdf>
- Herrera-Torres, L., y Lorenzo-Quiles, O. (2009). Estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios. Un aporte a la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. *Educación y Educadores*, 12(3), 75-98.
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE] (2010). *Informe sobre México en PISA 2009*. INEE, México.
- Instituto Tecnológico Danés (2005). *Explicación del rendimiento escolar: Resultados de los estudios internacionales PISA, TIMSS y PIRLS. Estudio realizado a petición de la dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea*. Recuperado el 8 de Agosto de 2016 de http://www.isei-ivei.net/cast/pub/rendimiento_escolar.pdf
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

- León, B. (2008). Atención plena y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 1(3), 17-26.
- Mena, A., Golbach, M., y Véliz, M. (2009). *Influencia de los hábitos de estudio en el rendimiento de alumnos ingresantes*. Argentina: Sociedad Argentina de Educación Matemática.
- Ministerio de Educación, República de Perú (2006). *Guía para el desarrollo de los procesos metacognitivos*. Lima, Perú.
- Nicholls, J.G. (1984). Achievement Motivation: Conceptions of Ability, Subjective Experience, Task Choice, and Performance. *Psychological Review*, 91(3), 328-346.
- Norzagaray, C.C., Sevillano, M.A., y Valenzuela, B.A. (2012). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de psicología. *European Scientific Journal*, 8(28).
- Núñez, J.C., González-Pianda, J.A., García, M., González-Pumariega, S., Roces, C., Álvarez, L., y González, M.D.C. (1998). Estrategias de Aprendizaje, Autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10(1), 97-109.
- Osés, R.M., Aguayo, J.C., Duarte, E., y Manuel, J.I. (2010). Hábitos de estudio y autorregulación. Validación de instrumentos para su medición. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 343-356.
- Paucar, P. (1985). *Estrategias de aprendizaje, motivación para el estudio y comprensión lectora en estudiantes de la facultad de educación de la UNMSM*. Tesis para optar el Grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Peralta, F.C., y Sánchez, M.D. (2003). Relaciones entre el autoconcepto y el rendimiento académico, en alumnos de Educación Primaria. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 1(1), 95-120.
- Pintrich, P.R., y De-Groot, E.V. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*, 82(1), 33-40.
- Ramírez, S.M.I., Herrera, C.F., y Herrera, R.I. (2004). ¿Qué ocurre con la adaptación y el rendimiento académico de los alumnos, en un contexto educativo pluricultural? *Revista Iberoamericana de Educación*. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/511Ramirez.pdf>
- Reyes, J.J. (2014). *Hasta 16% de alumnos de secundaria deserta*.
- Rogers, C. (1969). *Freedom to Learn: A View of What Education Might Become (Ira. ed)*. Columbus, Ohio: Charles Merrill.
- Roux, R., y Anzures, E.E. (2015). Estrategias de aprendizaje y su relación con el rendimiento académico en una escuela privada de educación media superior. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(1), 1-16.
- Sánchez, I. (2013). *Apoyo parental y rendimiento académico*. Tesis de maestro en Docencia. Unidad Académica Multidisciplinaria de Ciencias, Educación y Humanidades, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Schmeck, R.R. (1988). *Learning strategies and learning styles: Perspectives on individual differences*. New York: Plenum Press.
- Schmeck, R.R., Geisler-Brenstein, E., y Cercy, S.P. (1991). Self-concept and learning: the revised Inventory of Learning Processes. *Educational Psychology*, 11(3-4), 343-362.
- Secretaría de Educación Pública [S.E.P.] (2007). *Boletín informativo acerca del Informe PISA 2006*. Recuperado el 6 de Abril del 2017, de <http://www.oei.es/noticias/spip.php?article/491>
- Secretaría de Educación Pública [S.E.P.] (2008). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Recuperado el 6 de Abril del 2017, de http://www.sep.gob.mx/wb2/sep1_
- Secretaría de Educación Pública [S.E.P.] (2013). *Evaluación Nacional del Logro Académico en Centros Escolares, ENLACE*. Recuperado el 8 de agosto del 2016, de <http://www.enlace.sep.gob.mx/ba/>
- Seligman, M.E.P. (1993). *What you can change and what you can't*. New York: Fawcett Columbine.
- Weiner, B. (1985). An attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Weinstein, C.E., y Underwood, V.L. (1985). Learning strategies: the how of learning. En J. Segal, S. Chipman, y R. Glaser (Eds.), *Thinking and learning skills: Relating instruction to basic research* (pp. 209-240). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wexler, D.B. (1991). *The adolescent self: Strategies for self-management, self-soothing, and self-esteem*. New York: Norton.
- Zastrow, C. (1994). Conceptualizing and changing the self from a rational therapy perspective. En T.M. Brinthaup y R.P. Lipka (Eds.), *Changing the self* (pp. 120-175). Albany: State University of New York Press.

CAPÍTULO 10

Apoyo comunitario percibido en jóvenes melillenses

Lucía Herrera Torres, Rafael López Cordero, María del Carmen Olmos Gómez, y
María Tomé Fernández
Universidad de Granada

Introducción

El apoyo social comunitario ha sido un foco de interés dentro de la Psicología Comunitaria (Moritsugu, Vera, Wong, y Grover, 2016; Rappaport y Seidman, 2000). Se concibe como “la ayuda entre las personas que comparten hogares, escuelas, vecindarios, lugares de trabajo, organizaciones y otros entornos comunitarios” (Barrera, 2010, p. 215). Habitualmente se ha relacionado con determinados aspectos centrales como, por ejemplo, el sentido comunitario, la vecindad y la integración social (Brissette, Cohen, y Seeman, 2000; Farrel, Aubry, y Coulombe, 2004).

Por otra parte, la literatura científica identifica una relación entre apoyo social comunitario y salud mental (Lakey y Orehek, 2011; McLaren y Hawe, 2005) así como bienestar psicológico (Binder y Freytag, 2013; Herrero, Meneses, Valiente, y Rodríguez, 2004). Al respecto, Ng, Chan, y Lai (2014) encuentran que el apoyo comunitario percibido media, en niños de entornos deprimidos de Hong Kong, la esperanza y la satisfacción vital. También se ha hallado que, por ejemplo, los grupos comunitarios de apoyo al cáncer de mama generalmente enfatizan el apoyo social, la expresión emocional y la resolución de problemas, lo que repercute positivamente en el proceso oncológico (McDonald, Wall, Corwin, Brooks, y Koopman, 2013). El apoyo social percibido también supone un factor protector de los síntomas depresivos en adolescentes (Mancini, Rigoli, Heritage, Roberts, y Piek, 2016). Igualmente, el apoyo comunitario en trabajadores con bajos ingresos media en la posible aparición de conflictos laborales y familiares (Kosseck, Pichler, Meece, y Barrat, 2008; Lambert, Casper, y Eby, 2013). Continuando en esta dirección, se ha determinado sus efectos positivos en las personas mayores (Gadalla, 2010; Melchiorre et al., 2013). En este sentido, las personas mayores que salen de un proceso de hospitalización y perciben que cuentan con apoyo comunitario fuera del hospital es más probable que no vuelvan a ser hospitalizadas que si no perciben dicho apoyo (Coffey y McCarthy, 2013). Asimismo, en los jóvenes se vincula la satisfacción vital con el apoyo percibido de los diferentes contextos sociales en los que se desarrollan, esto es, familia, escuela, vecindario y grupo de iguales (Oberle, Schonert-Reichl, y Zumbo, 2011).

Además, la participación en actividades de voluntariado por parte de los jóvenes se ha analizado en diferentes estudios (Brewis, 2010; Hyde y Knowles, 2013). El voluntariado se puede definir como “una forma de comportamiento altruista. Su objetivo es brindar ayuda a otros, a un grupo, a una organización, a una causa, o a la comunidad en general, sin la expectativa de una recompensa material” (Musick y Wilson, 2007, p. 3). García, Marcuello, y Saz (2015) señalan que los factores que más inciden en que los jóvenes españoles participen en actividades de voluntariado son que los padres supongan ejemplos de actuación en actividades de voluntariado así como el nivel educativo de estos últimos. En un estudio más amplio, desarrollado en 20 países europeos, se encuentra que aunque las características socioeconómicas de los jóvenes son relevantes para decidir participar en actividades de voluntariado, las variables relacionadas con la formación de grupos en asociaciones no gubernamentales y las actitudes relacionadas con diferentes áreas de la vida (hacia la familia, el trabajo, la religión, etc.) ejercen una mayor influencia (Gil, Marcuello, y Saz, 2015). Sumado a lo anterior, Kumar, Calvo, Avendano, Sivaramakrishnan, y Berkman (2012) asocian en 139 países el apoyo social percibido con las actividades de voluntariado y la salud.

Las actividades de voluntariado pueden llevarse a cabo tanto por personas como en asociaciones religiosas o laicas. Son múltiples los autores que asocian la participación en actividades de voluntariado con la religiosidad (Lewis, MacGregor, y Putnam, 2013; Paxton, Reith, y Glaville, 2014; Stroebe, 2011). No obstante, Galen, Sharp, y McNulty (2015) identifican que en el voluntariado la prosocialidad se relaciona en mayor medida con el sentido general de pertenencia a un grupo o membresía y que esto ocurre por igual tanto en miembros de grupos religiosos como laicos.

Teniendo en cuenta lo descrito hasta el momento, el objetivo principal del presente trabajo se centra en analizar la percepción que una muestra de jóvenes melillenses presenta sobre el apoyo social de su comunidad en función de si se participa o no en actividades de voluntariado.

Método

Participantes

El tipo de muestreo desarrollado fue no probabilístico, concretamente de conveniencia, atendiendo a la accesibilidad a los participantes. Al respecto, participaron 192 jóvenes de la ciudad autónoma de Melilla, con una edad media de 23.25 años ($DT=4.10$). En función del género, 58 eran hombres (30.2%) y 134 mujeres (69.8%). En lo que respecta al nivel de estudios, el 61.5% contaba con estudios universitarios, ya fuesen finalizados o en proceso.

Del total de la muestra, 140 no eran voluntarios (72.9%) y 52 sí (27.1%). Dentro de las actividades de voluntariado desarrolladas, el 42.31% de los voluntarios colaboraba con ONG laicas (por ejemplo, las asociaciones Cuenta con nosotros Melilla de enfermedades raras y TEAMA) y el 57.69% en asociaciones de voluntariado de tipo religioso (por ejemplo, Cáritas).

Instrumento

Para la evaluación del apoyo social comunitario percibido, se utilizó el *Cuestionario de Apoyo Comunitario Percibido* (Perceived Community Support Questionnaire-PCSQ), de Herrero y Gracia (2007). Está formado por 14 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, donde 1=muy en desacuerdo y 5=muy de acuerdo. Evalúa tres dimensiones: integración comunitaria (ítems 1 a 4), esto es, el sentido de pertenencia y/o identificación con una comunidad o vecindario; participación comunitaria (ítems 5 a 9), relativa al grado en el que los sujetos están implicados en actividades sociales en la comunidad; y organizaciones comunitarias (ítems 10 a 14), es decir, el grado de apoyo percibido por parte de grupos voluntarios y organizaciones (por ejemplo, clubes recreativos y deportivos así como servicios, asociaciones políticas y cívicas en la comunidad). Los autores identifican una fiabilidad, evaluada a través del índice de consistencia interna Alfa de Cronbach, superior a .75. Igualmente, una clara estructura factorial.

Para el presente trabajo, se ha analizado su fiabilidad para el total de la muestra, resultando un valor para Alfa de Cronbach de .85. Igualmente, se ha determinado su estructura factorial, empleando el análisis factorial, donde el método de extracción ha sido el análisis de componentes principales y el de rotación Varimax. En este sentido, en primer lugar se determinó la idoneidad de desarrollar un análisis factorial. El resultado del índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .814. Por su parte, la prueba de esfericidad de Barlett arrojó un valor de $\chi^2=941.429$, $p=.000$. Por lo tanto, era pertinente desarrollar un análisis factorial.

Se hallaron tres factores que explicaban el 59.86% de la varianza total. El primer factor (participación comunitaria), integrado por los ítems 5 a 9 (ver tabla 1), explicaba el 24.31% de la varianza; el segundo (organizaciones comunitarias), formado por los ítems 10 a 14, el 22.05%; y el tercero (integración comunitaria), que aglutinó a los ítems 1 a 4, el 13.50%.

Tabla 1. Matriz de componentes rotados

Ítems	Factores		
	Participación comunitaria	Organizaciones comunitarias	Integración comunitaria
Me identifico con mi comunidad	.183	.272	.788
Mis opiniones son valoradas por mi comunidad	.537	.063	.620
Solo unas pocas personas de mi comunidad me conocen	.215	.381	-.483
Siento que pertenezco a mi comunidad	.395	.236	.668
Colaboro en organizaciones y asociaciones en mi comunidad	.759	.135	.198
Realizo actividades en mi comunidad	.858	.126	.236
Formo parte de grupos sociales o cívicos en mi comunidad	.873	.065	.017
Respondo a las llamadas de apoyo en mi comunidad	.806	.169	.050
No realizo actividades socio-recreativas en mi comunidad	.190	.086	.032
Podría encontrar a alguien que me ayudara a sentirme mejor	.076	.786	-.044
Encontraría a alguien que me escuchara cuando me sintiera bajo de ánimo	.217	.815	.084
Encontraría una fuente de satisfacción para mí	.155	.816	.148
Sería capaz de animar a los demás y estar en un mejor estado de ánimo	.013	.611	.274
Me relajaría y olvidaría fácilmente mis problemas	.201	.642	.016

Procedimiento

Para la recogida de información se contó con la participación voluntaria tanto de estudiantes universitarios de la Facultad de Educación y Humanidades del Campus Universitario de Melilla (Universidad de Granada) como de voluntarios de diferentes asociaciones melillenses.

Análisis de datos

Una vez garantizados los requisitos psicométricos del instrumento de evaluación empleado, esto es, fiabilidad y validez, se procedió a realizar un análisis de varianza en el que como variables dependientes se introdujeron cada uno de los ítems del cuestionario y como variable independiente la participación en actividades de voluntariado.

Resultados

El análisis de varianza indicó diferencias estadísticamente significativas en función de si se participaba o no en actividades de voluntariado, $F(1,190)=5.915$, $p=.000$, $\eta^2p=.377$. En la tabla 2 se recogen los estadísticos descriptivos así como resultados del análisis de varianza para cada uno de los ítems del cuestionario.

Tabla 2. Apoyo social comunitario percibido en función de la participación en actividades de voluntariado

Ítems	Voluntario	Media	Desviación típica	F	p	Eta ² _p
Me identifico con mi comunidad	No	3.37	1.18	.217	.642	.001
	Sí	3.46	1.05			
	Total	3.39	1.14			
Mis opiniones son valoradas por mi comunidad	No	2.95	1.15	9.230**	.003	.058
	Sí	3.52	.87			
	Total	3.13	1.10			
Solo unas pocas personas de mi comunidad me conocen	No	3.10	1.19	.298	.586	.002
	Sí	2.98	1.29			
	Total	3.06	1.22			
Siento que pertenezco a mi comunidad	No	3.30	1.11	5.346*	.022	.034
	Sí	3.73	.96			
	Total	3.43	1.08			
Colaboro en organizaciones y asociaciones en mi comunidad	No	2.54	1.30	30.403***	.000	.169
	Sí	3.71	.98			
	Total	2.91	1.32			
Realizo actividades en mi comunidad	No	2.62	1.33	20.591***	.000	.121
	Sí	3.62	1.12			
	Total	2.93	1.35			
Formo parte de grupos sociales o cívicos en mi comunidad	No	2.39	1.31	25.964***	.000	.148
	Sí	3.52	1.14			
	Total	2.75	1.36			
Respondo a las llamadas de apoyo en mi comunidad	No	2.69	1.23	19.895***	.000	.117
	Sí	3.65	1.19			
	Total	2.99	1.29			
No realizo actividades socio-recreativas en mi comunidad	No	2.74	1.38	7.597**	.007	.048
	Sí	2.10	1.17			
	Total	2.54	1.35			
Podría encontrar a alguien que me ayudara a sentirme mejor	No	3.48	1.19	.456	.500	.003
	Sí	3.33	1.37			
	Total	3.43	1.24			
Encontraría a alguien que me escuchara cuando me sintiera bajo de ánimo	No	3.63	1.24	.887	.348	.006
	Sí	3.83	1.31			
	Total	3.69	1.26			
Encontraría una fuente de satisfacción para mí	No	3.61	1.21	.157	.693	.001
	Sí	3.52	1.27			
	Total	3.58	1.22			
Sería capaz de animar a los demás y estar en un mejor estado de ánimo	No	4.08	.93	4.621*	.033	.030
	Sí	4.42	.84			
	Total	4.18	.91			
Me relajaría y olvidaría fácilmente mis problemas	No	3.44	1.29	2.642	.106	.017
	Sí	3.79	1.09			
	Total	3.55	1.23			

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

Discusión/Conclusiones

En primer lugar, se determina que las características psicométricas del instrumento empleado, esto es, el *Cuestionario de Apoyo Comunitario Percibido* (Perceived Community Support Questionnaire-PCSQ), son adecuadas respecto a fiabilidad y validez de constructo, tal y como encuentran sus autores (Herrero y Gracia, 2007).

En segundo lugar, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la percepción que la muestra de jóvenes melillenses participantes en el estudio presenta sobre el apoyo social de su comunidad según su participación o no participación en actividades de voluntariado (Brisette et al., 2000; Farrel et al., 2004; Hyde y Knowles, 2013). Concretamente, se ponen de manifiesto en dos de los cuatro ítems de la dimensión *integración comunitaria*, la cual hace referencia a la percepción de estar integrado en la comunidad, es decir, sentido de vinculación, pertenencia o comunidad (Galen et al., 2015). Al respecto, aquellos jóvenes que participan en actividades de voluntariado poseen un mayor grado de identificación con su entorno social general, desarrollando en mayor medida un sentido de

pertenencia y de formar parte de la comunidad (Carpiano y Hystad, 2011; Dalton, Elias, y Wandersman, 2001).

La dimensión, dentro del apoyo comunitario percibido, en la que todos los ítems muestran diferencias significativas en función de si se participa o no en actividades de voluntariado es la relativa a *participación comunitaria*. De este modo, la percepción de ser un miembro activo de la comunidad, participando e involucrándose en la misma, es superior en los voluntarios frente a los no voluntarios, tal y como sería lógico esperar. La participación activa en las actividades de la comunidad lleva asociada expectativas tanto de nuevas oportunidades de interacción interpersonal como de la creación de nuevas relaciones, lo que incrementa las oportunidades de intercambio de apoyo (Hart, 2008; Kisby, 2010). Además, también posibilita una actitud más positiva hacia otros miembros de la comunidad así como una mayor satisfacción y sentido de la comunidad (Wandersman y Florin, 2000).

En lo que se refiere a la dimensión *organizaciones comunitarias*, tan sólo se encuentran diferencias en uno de los cinco ítems que la integran, específicamente el relativo a “Sería capaz de animar a los demás y estar en un mejor estado de ánimo”. Esta dimensión se centra en comprender el valor de la participación en términos de las necesidades de apoyo y los recursos disponibles para el individuo, es decir, el apoyo social percibido en las organizaciones comunitarias, lo cual permite comprender mejor los procesos de apoyo en la comunidad (McLaren y Hawe, 2005).

Dada la relevancia de la participación de los jóvenes en actividades de voluntariado (García et al., 2015; Gil et al., 2015; Hyde y Knowles, 2013), lo cual incidirá no solamente en ofrecer un mayor apoyo comunitario a la sociedad, en general, sino también en un mayor bienestar psicológico de los implicados, en particular (Binder y Freytag, 2013; Herrero et al., 2004; Kumar et al., 2012), se han de fomentar campañas de promoción del voluntariado en los jóvenes que estimulen su implicación (Brewis, 2010; Grönlund et al., 2011; Holdsworth y Brewis, 2014).

Para finalizar, el presente estudio se centra en una muestra relativamente pequeña así como un único instrumento de evaluación. Para futuras investigaciones, sería interesante ampliar la muestra así como emplear diferentes instrumentos de evaluación, tanto de corte cuantitativo (como por ejemplo, otros cuestionarios que se centren en dimensiones o variables relacionadas) como cualitativo (entrevistas, por ejemplo). Sin duda, este es un ámbito de investigación en el que aún se han de conocer con mayor profundidad otras variables implicadas así como las relaciones entre las mismas, lo que abre una gran escenario investigador.

Referencias

- Barrera, M. (2000). Social support research in community psychology. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 215-245). New York: Springer.
- Binder, M., y Freytag, A. (2013). Volunteering, subjective well-being and public policy. *Journal of Economic Psychology*, 34, 97-119. doi:10.1016/j.joep.2012.11.008
- Brewis, G. (2010). From Service to Action? Students, Volunteering and Community Action in Mid Twentieth-Century Britain. *British Journal of Educational Studies*, 58(4), 439-449. doi:10.1080/00071005.2010.527668
- Brissete, I., Cohen, S., y Seeman, T. (2000). Measuring social integration and social networks. En S. Cohen, L. Underwood, y B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 53-85). Oxford: Oxford University Press.
- Carpiano, R.M., y Hystad, P.W. (2011). “Sense of community belonging” in health surveys: What social capital is it measuring? *Health y Place*, 17(2), 606-617. doi:10.1016/j.healthplace.2010.12.018
- Coffey, A., y McCarthy, G.M. (2013). Older people’s perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 104-115. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x
- Dalton, J., Elias, M., y Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Stamford, CT: Wadsworth.
- Farrel, S., Aubry, T., y Coulombe, D. (2004). Neighborhoods and neighbors: Do they contribute to personal well-being? *Journal of Community Psychology*, 32(1), 9-25. doi:10.1002/joep.10082

- Gadalla, T.M. (2010). The Role of Mastery and Social Support in the Association between Life Stressors and Psychological Distress in Older Canadians. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(6), 512-530. doi:10.1080/01634372.2010.490691
- Galen, L.W., Sharp, M., y McNulty, A. (2015). Nonreligious Group Factors versus Religious Belief in the Prediction of Prosociality. *Social Indicators Research*, 122(2), 411-432. doi:10.1007/s11205-014-0700-0
- García, I., Marcuello, C., y Saz, M.I. (2015). Analysis of Volunteering Among Spanish Children and Young People: Approximation to Their Determinants and Parental Influence. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(4), 1360-1390. doi:10.1007/s11266-014-9487-5
- Gil, A.I., Marcuello, C., y Saz, M.I. (2015). Youth Volunteering in Countries in the European Union. Approximation to Differences. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 45(5), 971-991. doi:10.1177/0899764015609731
- Grönlund, H., Holmes, K., Kang, C., Cnaan, R.A., Handy, F., Brudney, J.L.,... Zrinščak, S. (2011). Cultural Values and Volunteering: A Cross-cultural Comparison of Students' Motivation to Volunteer in 13 Countries. *Journal of Academic Ethics*, 9(2), 87-106. doi:10.1007/s10805-011-9131-6
- Hart, R.A. (2008). *Children's participation: the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. New York: UNICEF.
- Herrero, J., Meneses, J., Valiente, L., y Rodríguez, J. (2004). Participación social en contextos virtuales. *Psicothema*, 16, 456-460.
- Herrero, J., y Gracia, E. (2007). Measuring perceived community support: factorial structure, longitudinal invariance, and predictive validity of the PCSQ (Perceived Community Support Questionnaire). *Journal of Community Psychology*, 35(2), 197-217. doi:10.1002/jcop.20143
- Holdsworth, C., y Brewis, G. (2014). Volunteering, choice and control: a case study of higher education student volunteering. *Journal of Youth Studies*, 17(2), 204-219. doi:10.1080/13676261.2013.815702
- Hyde, M.K., y Knowles, S.R. (2013). What predicts Australian university students' intentions to volunteer their time for community service? *Australian Journal of Psychology*, 65(3), 135-145. doi:10.1111/ajpy.12014
- Kisby, B. (2010). The Big Society: Power to the People? *The Political Quarterly*, 81(4), 484-491. doi:10.1111/j.1467-923X.2010.02133.x
- Kossek, E.E., Pichler, S.M., Meece, D., y Barratt, M.E. (2008). Family, friend, and neighbor child care providers and maternal well-being in low-income systems: An ecological social perspective. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 369-391. doi:10.1348/096317908X324387
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., y Berkman, L.F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science y Medicine*, 74(5), 696-706. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.017
- Lakey, B., y Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495. doi:10.1037/a0023477
- Lambert, T., Casper, W.J., y Eby, L.T. (2013). Work, family and community support as predictors of work-family conflict: A study of low-income workers. *Journal of Vocational Behavior*, 82(1), 59-68. doi:10.1016/j.jvb.2012.11.006
- Lewis, V.A., MacGregor, C.A., y Putnam, R.D. (2013). Religion, networks, and neighborliness: The impact of religious social networks on civic engagement. *Social Science Research*, 42(2), 331-346. doi:10.1016/j.ssresearch.2012.09.011
- Mancini, V.O., Rigoli, D., Heritage, B., Roberts, L.D., y Piek, J.P. (2016). The Relationship between Motor Skills, Perceived Social Support, and Internalizing Problems in a Community Adolescent Sample. *Frontiers in Psychology*, 7, 543. doi:10.3389/fpsyg.2016.00543
- McDonald, C., Wall, K., Corwin, D., Brooks, C., y Koopman, C. (2013). The perceived effects of psycho-spiritual integrative therapy and community support groups on coping with breast cancer: a qualitative analysis. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1(2), 298-309.
- McLaren, L., y Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(1), 6-14. doi:10.1136/jech.2003.018044
- Melchiorre, M.G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J.,... Soares, J.F.J. (2013). Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *PLoS ONE*, 8(1), e54856. doi:10.1371/journal.pone.0054856
- Morisugu, J., Vera, E., Wong, F.Y., y Grover, K. (2016). *Community Psychology* (5th ed.). New York: Routledge.
- Musick, M.A., y Wilson, J. (2007). *Volunteers: A Social Profile* (1st ed.). Bloomington: Indiana University Press.

Ng, E.C.W., Chan, C.C., y Lai, M.K. (2014). Hope and life satisfaction among underprivileged children in Hong Kong: the mediating role of perceived community support. *Journal of Community Psychology*, 42(3), 352-364. doi:10.1002/jcop.21614

Oberle, E., Schonert-Reichl, K.A., y Zumbo, B.D. (2011). Life Satisfaction in Early Adolescence: Personal, Neighborhood, School, Family, and Peer Influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 889-901. doi:10.1007/s10964-010-9599-1

Paxton, P., Reith, N.E., y Glanville, J.L. (2014). Volunteering and the Dimensions of Religiosity: A Cross-National Analysis. *Review of Religious Research*, 56(4), 597-625. doi:10.1007/s13644-014-0169-y

Rappaport, J., y Seidman, E. (2000). *Handbook of Community Psychology*. New York: Springer.

Stroope, S. (2011). Education and religion: Individual, congregational, and cross-level interaction effects on biblical literalism. *Social Science Research*, 40(6), 1478-1493. doi:10.1016/j.ssresearch.2011.05.001

Wandersman, A., y Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 247-272). New York: Kluwer/Plenum.

CAPÍTULO 11

La percepción de metas de vida en adultos jóvenes que no estudian ni trabajan de México y España

Raúl Alejandro Gutiérrez García* y María de la Villa Moral Jiménez **

*Universidad De La Salle Bajío, campus Salamanca; **Universidad de Oviedo

Introducción

Las metas de vida se han estudiado desde diferentes posturas teóricas y con distintos nombres: orientación hacia el futuro (Nuttin, 1985), proyecto de vida (D'Angelo, 1998), metas personales (Cantor, Norem, Niedenthal, Langston, y Brower, 1987) y perspectivas futuras (Lens y Moreas, 1994). Para términos de este proyecto, se utilizará el concepto de metas de vida por que incluyen las aspiraciones y deseos de las personas en cuanto a lo que quieren realizar en un futuro, es decir lo que un joven espera conseguir “¿qué?”, el tiempo en que espera lograrlo “¿cuándo?” y la forma en que cumplirá las expectativas para el futuro “¿cómo?” (Martínez, 2003). Se debe dar a conocer la situación actual del tema objetivo de investigación.

En este sentido la formulación de “metas de vida” permite articular funciones y contenidos de la identidad, en los campos de situaciones vitales de la persona. D'Angelo (1998), propone que los valores morales, estéticos y sociales; la programación de tareas-metas- planes-acción social y estilos de acción que implican formas de autoexpresión: integración personal, autodirección y autodesarrollo; favorecen para que los jóvenes reconozcan sus aspiraciones y competencias, más que enfocarse exclusivamente en las áreas problemáticas de sus vidas, fomentando así una perspectiva enfocada en la solución.

El tener una meta de vida, permite al joven ser persistente y creer en sus propias competencias o habilidades, se relaciona con un desarrollo personal y en la forma de socialización (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz, y Carver, 2003). Esto es importante en el caso de los jóvenes que no estudian ni trabajan, porque la forma en que plantean sus objetivos. Asimismo, cuando un joven logra identificar y poner en marcha una meta de vida, ésta funciona como un factor protector y preventivo de conductas de riesgo, ante ciertas problemáticas propias de la etapa (Arita, 2005).

Las metas de vida de los jóvenes mexicanos no se están realizando eficientemente dada una previa elaboración, lo que puede generar dificultades para el logro de las mismas, ya que los jóvenes que no son capaces de tener claridad de lo que sienten y piensan, puede ser motivo de tener una valoración negativa de sí mismos. Esta no planeación de las metas puede ser cultural, explicado en que los jóvenes europeos desarrollan una autonomía a más temprana edad que los latinoamericanos (Valenzuela, 2009).

Siguiendo con estos estudios, se encontró que en los jóvenes, la influencia de los padres es la base para el comportamiento juvenil (Schujman, 2011). En la actualidad una gran parte de los jóvenes permanecen al cuidado de sus familias, quienes han sido una influencia en el control de las emociones y sentimientos (Casullo, 1994). Así mismo, la familia ha ejercido un poder en los adolescentes y jóvenes de mayor predominio en el desarrollo del autoconcepto, el autoestima, la motivación y las metas de vida. En la construcción de un proyecto, los jóvenes experimentan circunstancias y procesos que influyen en la situación que están viviendo. Feixa y González (2005) argumentan que los jóvenes se ven influenciados por el sistema de relaciones familiares, a través de las acciones que realizan en la misma familia, pero también por el contexto en que se desenvuelven, lo que permite crear expectativas e intereses diversos.

En la actualidad, algunos jóvenes no tienen claro cuáles son sus metas, pues la toma de decisiones frente a la vida conlleva a enfrentarse a situaciones difíciles, las cuales se interponen en el ciclo de desarrollo personal dando un nuevo direccionamiento a su vida, teniendo que asumir las consecuencias

de estos factores ajenos a los jóvenes. Con la construcción de una meta de vida, se pretende que los jóvenes se responsabilicen de las situaciones en las que se enfrentan en su entorno social (Donoso, 2000).

Wittrock (1986) considera relevante que las expectativas, objetivos, proyectos y otros procesos de proyección para el futuro inciden en la explicación del éxito o fracaso profesional. Las metas no sólo se quedan en las preestablecidas “tener un trabajo o estudiar” por la sociedad van más allá de lo “deseable”, por ejemplo recientemente Muñoz-López y Alvarado (2011) concluyen que los jóvenes principalmente buscan desarrollar autonomía en su toma de decisiones y también desean identificarse con “otros”.

La elaboración de metas de vida en los jóvenes es un proceso que articula los significados de la vida juvenil con base en los estándares sociales. En tales circunstancias, la plena inserción socio profesional de los jóvenes contemporáneos se ve obstaculizada (Beck, 2000; Fukuyama, 2000; Giddens, 2009). Además debe considerarse la precariedad de las instituciones sociales, que antes eran referentes obligados para cumplir metas, éstos se han volcado a buscar su identidad en lo que algunos autores llaman la “estética del consumo” (Bauman, 2000).

Estas nuevas condiciones están marcando, sobre todo a la población juvenil, en un proceso que es central en este periodo de vida: la construcción, sobre la base del trabajo, de una identidad. Las carreras o los empleos para toda la vida ya no son deseables y cada vez menos posibles para la inmensa mayoría de jóvenes. En este sentido, el meta destino que se construyó en el imaginario social a raíz de la industrialización, sobre el tránsito de las nuevas generaciones hacia la adultez y que consistía en el circuito que empezaba en la familia, continuaba en la escuela y de ahí al empleo y a la participación social y política, que, si bien pocos jóvenes cumplían a cabalidad (las jóvenes, por ejemplo, el circuito en ocasiones se limitaba en el tránsito de la familia paterna a la constitución de su propia familia), persistía en el horizonte significativo de la mayoría de la sociedad como el camino más adecuado para obtener la certificación social de la incorporación a la adultez (Pérez y Urteaga, 2001). El objetivo del trabajo fue realizar un análisis de la percepción de las metas de vida que tienen los adultos jóvenes que se encuentran en la situación de no estudiar ni trabajar de México y España.

Método

Participantes

Los participantes fueron 15 jóvenes de la ciudad de Aguascalientes, México y 15 jóvenes de Oviedo, España, con una edad de 17 a 24 años.

Instrumentos

El medio de aproximación a los informantes para recabar la información pretendida por esta investigación fue la entrevista semi-estructurada, que ha sido de los instrumentos más utilizados en la investigación social (Kvale, 1996). A través de la entrevista se diseñó una guía, donde se exploraron las metas de vida, con una duración aproximada de 2 horas.

Procedimiento

El Primer contacto fue correo electrónico y vía telefónica. “Redes de apoyo”. Enseguida se hizo estudio preliminar, para saber que se puede profundizar con estos jóvenes y en España para la adecuación del lenguaje. Se realizó guía de preguntas para profundizar en el tema de metas de vida. Como aspectos éticos: fue carácter confidencial, consentimiento informado y devolución de la información. Una vez realizadas las entrevistas se inició con la etapa de transformación de la conversación a un texto escrito respetando íntegramente las opiniones de los entrevistados y haciendo anotaciones pertinentes de los discursos, para posteriormente confrontar los registros auditivos con los registros en papel y corregir los posibles errores. Las entrevistas transcritas se leyeron de forma

cuidadosa repetidas veces a fin de identificar los elementos de análisis acordes con el objetivo de la investigación.

Análisis de datos

Se elaboraron categorías para clasificar la información de los temas tratados en las conversaciones. Estas categorías se identificaron con base en los propósitos propuestos en las guías de entrevistas y se agrupan utilizando la técnica de categorización de significados.

El análisis incluyó organizar y localizar en el texto los tópicos abordados en el relato. Para facilitar esta labor, se realizó un índice temático, a partir de éste se enfatiza tanto en los temas generales como en la secuencia con que fueron narrados. Enseguida, fueron efectuados los pasos de “condensación”, “interpretación” y análisis por categoría (Kvale, 1996). Se codificó el material y posteriormente se compararon las categorizaciones obtenidas por cada uno de los participantes.

El siguiente paso consistió en realizar una categorización más fina del tema. A diferencia del primer proceso de codificación de manera deductiva (los temas serán determinados a partir del objetivo del trabajo), la codificación se desarrolló de forma inductiva. Posteriormente, las categorías generadas se estudiaron en conjunto con todo el texto y se analizó de qué forma cada entrevista está determinada por el contexto de los informantes, por la sensibilidad y conocimiento del tema y por la relación espacial y/o temporal en que se llevaron a cabo las entrevistas. Es decir, se estudió e interpretó el discurso de los entrevistados. Este análisis incluyó establecer vínculos, relaciones, coincidencias y divergencias de los aspectos explorados. Con el propósito de identificar, ordenar y codificar la información obtenida en las entrevistas, los datos se procesaron con el programa MAXQDA.

Resultados

De acuerdo con los participantes, la educación y el trabajo en los jóvenes son sus metas principales, que dan una configuración de la identidad personal, pero también se destacan las metas familiares y otras como el logro de darse a conocer por medio de sus habilidades deportivas. Como se describe a continuación: “Pues, mi meta es tener un empleo, comprar un auto bueno y un piso...” (Juan, España 23 años). “Tengo dos años para ser un futbolista profesional, y sino lo logro porque es muy difícil pensaré en ser comerciante para poder seguir practicando el fútbol.... Ayudarle a mi madre y tal vez irme a un piso con mi novia...” (Luis, España 19 años). “La verdad, como mujer, toda mujer tiende a anhelar casarse, el comprometerse, casarse de blanco, y la verdad yo sí lo anhelo... mis sueños son: tener realmente una casa digna, bonita diseñarla a mi manera y tener un negocio propio” (May, México 18 años). Esto significa que existen metas “tradicionales” y coexisten con otras más.

A través de las narraciones pasadas se pueden observar que las metas de vida, no pueden cerrarse al estudio o al trabajo, que como se ha dicho en la literatura, existen otras formas donde pueden realizarse y elegir, como las metas deportivas, personales y/o familiares. Estos rubros se relacionan al buscar sentirse bien consigo mismos y poderle dar satisfacción a su familia, ya que piensan lograrlas con su esfuerzo y sus cualidades particulares, lo que permite identificar que la identidad se relacionan con las metas de vida, con el modo de percibirse en un futuro. Las vivencias de estos entrevistados permiten comprender cómo las metas de los jóvenes y su identidad tiene una estrecha relación.

Por otra parte, una de las diferencias observadas es que los jóvenes españoles tiene una forma elaborada, considerando los pasos a seguir para el cumplimiento de sus metas y los mexicanos son más imaginativas, es decir son más soñadores, pero no planean sus proyectos, sin considerar aspectos de cómo lo van lograr. Lo anterior puede reflejar que las metas de vida, que no se están realizado eficientemente dada una previa elaboración, puede generar dificultades para el logro de las mismas e incluso de su propio conocimiento de sí mismo, ya que los jóvenes que no son capaces de identificar lo que sienten, piensan e incluso tener un valoración negativa de sí mismo presentan dificultad. Esta no planeación de las metas puede ser cultural, explicado en que los jóvenes europeos desarrollan una

autonomía a más temprana edad que los latinoamericanos (Valenzuela, 2009). De esta forma, en el proceso de cumplimiento de sus metas de vida, pueden ser un factor protector en el desarrollo psicológico, porque ellos requieren una evaluación constante de los sucesos vitales y la toma de decisiones efectivas. Este aspecto problemático del quehacer cotidiano del joven que ni estudia ni trabaja es fundamental para configurar la identidad.

Discusión/Conclusiones

Los resultados anteriores, coinciden con estudios más recientes sobre metas de vida de la juventud, por ejemplo D'Angelo (1998, 2000) y Arita (2005) destacan que los jóvenes buscan tener independencia e identificar sus prioridades a futuro; en el presente estudio se encontraron datos similares, las metas que desean los participantes se dirigen a una búsqueda de independencia de forma general, y estableciendo diversas prioridades según las necesidades y contexto de vida de cada uno.

Se puede observar que todavía existe poca información acerca de la construcción de metas de vida en los adultos jóvenes, debido a que esta etapa sea incrementando con el rango de edad y las exigencias que se presentan son distintas a la de algunos años. Se deben buscar proyectos de intervención en diferentes dimensiones, políticas, culturales, psicológicas y sociales. Realizar programas educativos que trabajen con metas de vida y los posibles pasos para realizarlos, así como capacitar a los jóvenes en distintas estrategias de solución de problemas.

En este estudio se encontró que si bien, los jóvenes tienen claro los propósitos a lograr, no contemplan los pasos para desarrollar sus metas, más bien sólo consideran el fin último, y no realizan acciones reflexivas acerca de la forma en que pueden llegar a cumplir sus objetivos; es decir, se observó en la mayoría de los participantes un déficit en la identificación de los pasos que deben realizar para lograr sus metas. De alguna forma es comprensible, pues para la obtención de dichos objetivos conlleva un proceso que puede durar años, y en estos jóvenes su prioridad en momento actual, su "aquí y ahora" es ciertamente lograr la inserción laboral o educativa; una hipótesis a comprobar en futuros estudios es el comprobar si la precariedad con que perciben su actual existencia les limita reflexionar sobre otras acciones a futuro, o bien, esta particularidad no es privativa de los jóvenes que no estudian ni trabajan y más bien responde al contexto social de nuestra cultura.

En resumen, si bien se encontró que los jóvenes comparten expectativas, objetivos, proyectos y otros procesos de proyección para el futuro, lo cual incide en la configuración de su identidad y en su autopercepción, pero resulta interesante destacar que sus metas no sólo se quedan en las preestablecidas "tener un trabajo o estudiar", hallazgo que contradice a los reportados por Muñoz-López y Alvarado (2011) quienes concluyeron que los jóvenes principalmente buscan insertarse a estos dos ejes, pues cada uno de los participantes refieren que les gustaría cumplir diversas metas como cuidar la naturaleza, tener un negocio, casarse y hacer actividades poco convencionales.

En conclusión, el estudio sugiere que tras las experiencias de estar sin estudiar ni trabajar narradas por los participantes de ambos países hay una condición previa: la inscripción de ser joven. En este sentido, se requerirá un proceso de concienciación que brinde a hombres y mujeres la posibilidad de transformar estas estructuras sociales, que sin duda constituyen una visión "adultocéntrica", donde sólo los que tienen experiencia y cierta edad pueden realizar las tareas laborales, pero apoyarlos a que desarrollen habilidades para sus metas de vida.

Referencias

- Alcain, M. D., Rubio, M. C., y Sevillano, A. (2003). *Análisis bibliométrico de la producción científica española sobre mujeres mayores*. Madrid: Portalmayores.
- Arita, B. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, 73-79.

- Beck, U. (2000). *Un Nuevo mundo feliz. La precarización del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Cantor, N., Norem, K., Niedenthal, M., Langston, C., y Brower, A. (1987). Life tasks and cognitive strategies in a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1178-1191.
- Casullo, M. (1994). *Proyecto de vida y decisión vocacional*. Buenos Aires: Paidós.
- D'Angelo, O. (1998). *Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social*. Buenos Aires: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas
- Donoso, I. (2000). Del control social a la política social. La conflictiva relación entre los jóvenes populares y el Estado. *Última Década*, 8(12), 1-20.
- Feixa, C., y González, Y. (2005). *The Socio-Cultural Construction of Youth in Latin America: Achievements and Failures*, in H. Helve y G. Holm. *Contemporary Youth Research: Local Expressions and Global Connections*, Burlington: Ashgate
- Fukuyama, F. (2000). *Social Capital and Civil Society*. IMF Working Paper, 1, 1-19.
- Giddens, A. (2009). *Europa global, Europa social*, València: Universitat de València.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. London, England: Sage Publications.
- Lens, W., y Moreas, M. (1994). *Future time perspective: An individual and a society approach*. En Z. Zaleski, *Psychology of future orientation* Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Martínez, K.I. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis doctoral. México: UNAM.
- Muñoz-López, S. M., y Alvarado, S. V. (2011). Autonomía en movimiento: reflexión desde las prácticas políticas alternativas de jóvenes en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1 (9), 115-128.
- Neuman, W. (1997). *Social research methods. Qualitative and Quantitative*. Boston: Alyn y Bacon.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and Motivation*. Louvain: Leuven University Press.
- Pérez, J., y Urteaga, M. (2005). Historias de los jóvenes en México: su presencia en el siglo XX. México: Instituto Mexicano de la Juventud/Archivo General de la Nación. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 2, 98-106.
- Schujman A. (2011). *Generación NiNi: jóvenes sin proyectos que ni estudian ni trabajan*. Buenos Aires: Lumen.
- Valenzuela, J. (2009). *El futuro ya fue. Socioantropología de los jóvenes en la modernidad*, México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Wittrock, M. (1986). *Students thought processes*. In M.C. Wittrock, (Ed.). *Handbook of research on teaching*, New York: MacMillan.
- Wrosch, C., Scheier, M, Miller, G., Schulz, R., y Carver, C.S. (2003). Adaptive selfregulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1494-1508.

CAPÍTULO 12

Programas de intervención familiar: Características e importancia en el desarrollo infantil

Alicia Benavides Nieto, Miriam Romero López, Trinidad García Berben,
Ana Belén Quesada Conde, y M. Carmen Pichardo Martínez
Universidad de Granada

Introducción

La sociedad está en continuo cambio, los modos de vivir, convivir y relacionarnos no se quedan exentos de estas transformaciones. Internet, los dispositivos electrónicos, las demandas en el entorno laboral y escolar o la excesiva estimulación son algunas de las causas. Estas transformaciones afectan a las familias, en la sociedad europea se pueden observar en los horarios de trabajo extensos, la disminución del número de hijos, las estructuras familiares (monoparentales, reconstituidas, agregadas), el aumento de edad en tener el primer hijo (Martínez, Álvarez, y Fernández, 2015) o en la sobrecarga de tareas y estímulos diarios. Pero a pesar de que la estructura familiar, sus funciones y su variedad cultural están cambiando, las familias continúan siendo un importante referente para los seres humanos (Navarro, Musitu, y Herrero, 2007).

Desde la infancia más temprana el sistema familiar es el primero y más importante contexto de socialización en el desarrollo de una persona. Diversos modelos explican la influencia familiar en el desarrollo de los hijos desde edades tempranas. Desde la psicología del aprendizaje social, Patterson (1982) aporta el modelo de la coerción, en el que expone cómo se va formando la conducta antisocial desde la edad temprana en el medio familiar; asimismo Bandura (1989) desarrolla la teoría del aprendizaje por modelos. Farington (2015) por su parte, investiga los factores de riesgo y protección asociados a las familias, relacionando la crianza de los hijos como un factor influyente en la delincuencia. Desde el modelo ecológico transaccional Cicchetti y Lynch (1993), basándose en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), describen factores de riesgo y de protección en el contexto de desarrollo de la familia, que interactúan dentro de cada sistema (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema). Asimismo, Gill, Dishion, y Shaw (2014) proponen un modelo de intervención familiar desde un enfoque ecológico integrando el modelo de mantenimiento de la salud, basado en las fortalezas y el estímulo motivacional.

Por su parte, decenas de investigaciones recientes han estudiado cómo estas transformaciones afectan tanto a nivel de clima familiar como a nivel conductual desde las primeras edades. Se ha estudiado cómo los estilos educativos parentales influyen en la adaptación social, el rendimiento académico y la externalización e internalización de problemas de conducta. Un ejemplo de ello es el estudio longitudinal realizado por Flouri y Midouhas (2017) en Reino Unido con una muestra de 16.916 niños evaluados a los 3, 5 y 7 años, donde muestran la relación existente entre estilos parentales autoritarios y permisivos con altos niveles de externalización de problemas infantiles a lo largo del tiempo. Estos autores exponen también la relación entre prácticas democráticas, de cariño, estimulación, responsabilidad y atención, con el desarrollo de una óptima competencia social y un buen desempeño desde la etapa infantil.

Estudiada la influencia del sistema familiar en el desarrollo infantil, diferentes estudios muestran la importancia de poner en práctica programas de prevención familiar, como estrategia de intervención temprana para la prevención de problemas de comportamiento futuros (Leijten et al., 2015; Sandler, Schoenfelder, Wolchik, y MacKinnon, 2011). Aunque habitualmente la adaptación infantil se produce de una manera adecuada, las familias, en ocasiones, no saben o tienen algunas dudas sobre cómo educar a

sus hijos e hijas, cómo comportarse ante determinados comportamientos de éstos o cómo promover su óptimo desarrollo. En esta línea, las iniciativas de intervención familiar pretenden dotar a las familias de conocimientos, habilidades y estrategias, que les permitan afrontar su tarea educadora con más seguridad y autoeficacia (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017).

Es evidente, que la intervención universal obtiene más beneficios y es menos costosa que las intervenciones dirigidas a corregir problemas de conducta como el *bullying*, la violencia filio-parental o la delincuencia, cuando ya se han producido (Farrington, 2015; Waller et al., 2015). Se ha estudiado que fomentar la autonomía y confianza desde la etapa preescolar influye en una óptima autoestima y auto concepto (D'Arcy y Meng, 2014; Furlong et al, 2012): los niños se sienten capaces y están dispuestos a asumir nuevos retos escolares, sociales y personales (Nelsen, Erwin, y Duffy, 2014). Sin embargo, son pocos los programas de intervención o educación familiar dirigidos a padres y madres con hijos en las primeras etapas de desarrollo que hayan sido implementados y que hayan demostrado su eficacia.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de los principales programas de intervención familiar dirigidos a la etapa infantil (de 3 a 6 años) nacionales e internacionales, para conocer sus características, objetivos, estrategias, metodología utilizada y su eficacia en el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los hijos; así como reflexionar acerca del tipo de intervención llevada a cabo: universal, dirigida a la población en general; o específica, dirigida a población de riesgo (Gullotta y Bloom, 2003).

Metodología

La metodología utilizada en la presente investigación ha sido una revisión de literatura, utilizando diferentes bases de datos de las áreas de Psicología y Educación, así como la consulta de varios libros y manuales de intervención familiar.

Bases de datos

Se ha realizado una primera búsqueda en las bases de datos de PsycINFO, SCOPUS y WOS. A continuación, se ha ampliado la investigación a manuales, Google Scholar y a páginas oficiales de diversas comunidades autónomas para recoger experiencias de ámbito nacional debido a su escasez previa.

Descriptorios

Los descriptorios utilizados para este trabajo han sido “*parent* program**”, “*parent training*”, “*family program*”, “*preschool age*”, “*preschooler*”, “*kindergarten*” y “*childhood*” en inglés y “programa de padres”, “programa de familias”, “entrenamiento de padres”, “intervención familiar”, “preescolar” y “educación infantil”, en español.

Fórmulas de búsqueda

Con el objetivo de concretar el propósito de este estudio, se han utilizado diferentes fórmulas de búsqueda, empezando con varios descriptorios: (“*parent training*” OR “*family intervention*”) AND (“*preschool age*” OR “*kindergarten*”), seguido de una combinación de menos descriptorios para ampliar las posibilidades. En cuanto a las restricciones de idioma, no se ha aplicado filtro. A través de esta indagación se han encontrado decenas de programas en el ámbito internacional pero escasos en el territorio nacional enfocados a la intervención familiar en la etapa preescolar, por lo que se ha ampliado la búsqueda utilizando el nombre de programas específicos, así como explorando en el área de servicios sociales y educación de diversas comunidades autónomas. Se observa predominio de trabajos realizados en los países anglosajones, principalmente en EEUU, coincidiendo con las revisiones de Robles y Romero (2011) y Olivares y García-López (1997). Hay programas que tienen varias versiones: para familias con hijos de diferentes edades, diferentes niveles de intervención, otros mezclan intervenciones

familias-servicios sociales o familias-escuela y otros de ellos ofrecen versiones online. Tras estas múltiples búsquedas, se ha realizado un filtro para seleccionar aquellos programas que se centran en edad preescolar, en el rango de 3 a 6 años.

Resultados

Se han encontrado decenas de programas de intervención con familias. La mayoría de ellos son para padres que tienen hijos adolescentes o que han pasado o están pasando situaciones complicadas (condiciones de riesgo como alcohol, drogas, discriminación cultural, situación de desamparo, abuso o maltrato infantil o divorcio familiar). La mayoría de los programas tienen un rango de edad de entre los 2 a los 17 años, por lo que se observa escasez de programas específicos en la edad preescolar.

En la siguiente tabla (Tabla 1) se han recogido diferentes características de programas de intervención familiar en la etapa de educación infantil internacionales de gran relevancia, así como de algunos de los que se han encontrado en el entorno nacional.

Tabla 1. Características de varios programas de intervención familiar en preescolares ordenados cronológicamente

Nombre; Autor/es; Año; Procedencia	Tipo de intervención; Objetivos	Contenidos; Duración	Metodología	Resultados; Eficacia (d de Cohen)
Padres Eficaces Con Entrenamiento Sistemático (PECES) Adaptación del <i>Systematic Training for Effective Parenting (STEP)</i> de Dinkmeyer y McKay, 1976/1981. Adaptación nacional	Universal Enseñar a los padres estrategias de comunicación y de resolución de conflictos para mejorar las relaciones padres-hijos.	Comportamiento infantil Autoconocimiento Estimulación Autoestima Comunicación Sentimientos Consecuencias Confianza 9 sesiones	Participativa y activa. Motivacional, comunicativa, de atención reflexiva y disciplina democrática.	Cambios positivos en la interacción padres-hijos, las actitudes parentales y las conductas de los hijos. Los padres indican una mejora del clima familiar cuando ambos padres asisten a las sesiones.
<i>The Incredible Years BASIC and ADVANCE parenting programs for prehschool</i> Webster-Stratton, 1984 EEUU Internacional	Universal - Especifica Fortalecer las competencias parentales. Prevenir y tratar los problemas de conducta	Habilidades sociales y escolares Regulación emocional Elogios e incentivos Límites Manejo conductual De 14 a 20 sesiones	Visitas domiciliarias, atenciones individuales y grupales combinadas y espacios para practicar en vivo nuevas habilidades con los hijos/as. Grupo de discusión dirigido por un líder previamente formado y modelado por video.	Aumento de la afectividad de los padres, de su autoconfianza y del establecimiento de límites. Aumento de la comunicación positiva de la familia y la resolución de problemas. Reducción en los problemas de conducta de los niños con padres e iguales y aumento del afecto positivo, competencia social y cumplimiento de normas. $d = .51$ a $.81$
<i>Fast Track/ Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS Program)</i> Greenberg, 1996 EEUU Internacional	Universal Ampliar el aprendizaje escolar al entorno familiar.	Competencia social y emocional Habilidades de pensamiento crítico Un curso académico	No hay sesiones presenciales, los maestros proponen actividades para que las familias trabajen en el hogar.	Mejora de la competencia social y reducción de problemas internalizantes.
<i>Programa Apoyo Familiar y Personal (APF)</i> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de la Laguna, 1997; Martín, 2005 Nacional	Específica Conseguir cambios objetivos y subjetivos de mejora en el ejercicio de las funciones parentales y en las capacidades personales y relacionales que reducen en el desarrollo y la educación de los menores a cargo.	Dos programas: 1. Competencias parentales: problemas del desarrollo, comunicación y resolución de conflictos y situaciones difíciles 2. Desarrollo personal: resolver situaciones personales y elaborar un proyecto de vida 23 sesiones cada programa	Experiencial; fomenta la participación activa de los miembros del grupo.	Disminución de las prácticas permisivo-negligentes y coercitivas, mientras que aumenta el uso de las prácticas inductivas. Los tamaños del efecto de pre-post oscilan entre .79 a .99 en los efectos inmediatos en el grupo experimental. Contraste de medias entre el grupo de intervención y el grupo control oscilaron entre .01 a .13.
<i>Triple P-Positive Parenting Program</i> Sanders, 1999 AUSTRALIA Internacional	Universal - Especifica Prevenir y tratar problemas sociales, emocionales y de comportamiento en los niños mediante la mejora de los conocimientos, las habilidades y la confianza de los padres.	Entorno seguro y atractivo Ambiente de aprendizaje positivo Disciplina Asertiva Expectativas realistas Auto-cuidado de los padres 10 sesiones individuales o 4 sesiones grupales	Se trabaja a través de los medios de comunicación (televisión, Internet), se realizan intervenciones breves (por teléfono, cara a cara o seminarios de grupo), discusión en grupo y sesiones individuales.	Mejoras significativas en la crianza de los hijos, la autoestima parental y una disminución de los factores de estrés relacionados con la crianza de los hijos, además de tasas más bajas de conductas disruptivas del niño. Los tamaños efectos de pre-post oscilaron entre 0.54 a 0.89.
<i>DARE To Be You Preschool Families Program</i> Miller-Heyl, Phee y Frit, 2000 EEUU Internacional	Universal Mejorar la autoeficacia de los padres, la crianza efectiva de los niños, el apoyo social y las habilidades de resolución de problemas, así como los logros de desarrollo de los niños abordando los factores moderadores vinculados a la reducción del consumo de drogas y alcohol en la adolescencia.	Crianza de los hijos Manejo del estrés Desarrollo del niño Habilidades de manejo del hogar. 12 sesiones más talleres semestrales de refuerzo	Los padres y sus niños en edad preescolar participan juntos Comidas familiares semanales, tiempo social y actividades conjuntas entre padres e hijos.	Aumento en las prácticas democráticas de crianza de los hijos, con una disminución en la disciplina severa. Aumento de la satisfacción de los padres con el apoyo social. Mejora del desarrollo de los niños y reducción de comportamientos de oposición.

Tabla 2. Características de varios programas de intervención familiar en preescolares ordenados cronológicamente (continuación tabla 1)

<p><i>Parent Management Training Oregon Model (PMTO)</i> Patterson, Reid, y Eddy, 2002 EEUU Internacional</p>	<p>Universal - Específica Promover las habilidades parentales efectivas para reducir y prevenir los problemas de conducta en el niño. Mejorar las prácticas de crianza, reducir la coacción de la familia. Reducir y prevenir el uso y abuso de sustancias en los jóvenes y la delincuencia. Aumentar la competencia social.</p>	<p>Fortalezas, metas Cooperación Emociones, límites Disciplina Comunicación Solución de problemas Negociación Éxito escolar 10-14 sesiones</p>	<p>Enseñanza activa: modelado, el juego de roles y otros ejercicios experimentales que proporcionan la oportunidad de practicar con el monitor. Se proponen actividades a realizar en casa semanalmente. Asistencia presencial en grupo, individual en el hogar o por teléfono.</p>	<p>Reducciones en la paternidad coercitiva y refuerzo negativo Aumento de la crianza positiva, las prácticas parentales eficaces y el funcionamiento adaptativo. Reducción de la depresión materna e internalización y externalización de problemas infantiles. Niveles más bajos y menor crecimiento de la delincuencia. Cambios se mantienen en el seguimiento. Los tamaños efectos de pre-post- oscilaron entre 0.30 a 0.51.</p>
<p><i>Paternidad Estrella</i> (adaptación al español de STAR) Solís- Cámara, Díaz, Fox y Fox, 2002 México Adaptación internacional</p>	<p>Universal Reducción de los comportamientos problema del niño y de prácticas disciplinarias tradicionales por parte de los padres. Mejorar conductas de crianza y las actitudes de empatía, de castigo corporal.</p>	<p>Técnicas de autocontrol Desarrollo del niño Respuestas asertivas Fortalezas de cada familia Estrategias de crianza Disciplina y establecimiento de límites 10 sesiones</p>	<p>Sesiones grupales, participativas con deberes semanales. Los padres recibieron cuatro audiocasetes para reforzar el material de clase y libros de ejercicios para aplicar los conceptos aprendidos en el hogar.</p>	<p>Mejora de las actitudes paternas positivas, las prácticas de crianza y conocimientos sobre habilidades paternas. Se reducen los problemas infantiles según los padres así como el uso de la disciplina con golpes y gritos.</p>
<p><i>Family Check-Up (FCU)</i> Dishion, 2008 EEUU Internacional</p>	<p>Universal - Específica Reducir la conducta problemática de los niños y prevenir la delincuencia. Disminuir las prácticas familiares inadecuadas y disruptivas en la primera infancia para reducir y prevenir los problemas de conducta futuros de los niños.</p>	<p>Relaciones positivas y saludables familiares Fortalezas parentales 3 sesiones de evaluación más sesiones de programas específicos</p>	<p>Entrevista, evaluación personal y sesión de feedback individual a cada familia. Tras esta evaluación se asesora acerca de qué programa/s adecuado para ellos. Tienen programas de estilos parentales, salud mental y búsqueda de empleo, entre otros.</p>	<p>Reducción en problemas de comportamiento filial según padres y profesores: $d=0.83$ y $d=0.42$.</p>
<p><i>Programa Crecer Felices en Familia</i> Rodrigo, et al., 2008 Nacional</p>	<p>Específica Reducir los factores de riesgo. Promover el desarrollo de apegos seguros. Enseñar habilidades básicas de cuidado, rutinas, comunicación y seguridad infantil. Promocionar la relación familia-escuela.</p>	<p>Vínculo afectivo Comportamiento infantil Relación con la escuela Educar de forma conjunta 20-22 sesiones</p>	<p>Experiencial Combina la intervención grupal y/o el apoyo domiciliario. Utiliza técnicas como los diálogos simultáneos, la discusión dirigida, el trabajo en pequeños grupos, el estudio de casos, el juego de roles, el video-fórum, la fantasías guiada y los ejercicios de recorda.</p>	<p>Aumentan las actitudes parentales: empatía, expectativas adecuadas, roles adecuados, actitudes negativas hacia el castigo corporal Disminuye el estrés parental Mejor conocimiento del calendario evolutivo Detección correcta de necesidades infantiles</p>
<p><i>Programa para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales</i> Martínez, 2009 Nacional</p>	<p>Universal Implicar de modo eficaz a las familias en la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados. Prevenir y afrontar de modo constructivo los problemas y conflictos cotidianos familiares.</p>	<p>Características evolutivas de los menores Relajación y autorregulación emocional Autoestima y asertividad Comunicación asertiva Estrategias de resolución de problemas Autorregulación del comportamiento en los hijos Límites, normas y consecuencias. 11 sesiones</p>	<p>Activa, participativa, experiencial y basada en dinámica de grupos.</p>	<p>No se presentan resultados ni hay estudios que hayan publicado datos relativos al programa.</p>
<p><i>Programa de entrenamiento para madres</i> Guerra, Campana, Fredes, y Plaza (2011) Chile Internacional</p>	<p>Específica Disminuir la frecuencia de conductas agresivas en preescolares mediante el entrenamiento a madres.</p>	<p>Modificación conductual Modificación de creencias en relación a la crianza/educación irracionales Modelado, imaginiería y entrenamiento en autoinstrucciones 7 sesiones grupales más 3 sesiones conjuntas madres-profesores</p>	<p>Entrenamiento grupal e individual</p>	<p>Disminución de creencias irracionales y mejora del desempeño en la entrega de instrucciones y contingencias de refuerzo a los niños. Disminución de conductas oposicionistas, de agresión verbal y física por parte de los niños.</p>
<p><i>Taller para padres</i> Ayuda-Pascual, Llorente-Comi, Martos-Pérez, Rodríguez- Bausá, y Olmo-Remesal, 2012 Nacional</p>	<p>Específica Capacitar a los padres para que potencien al máximo el desarrollo de sus hijos y dotarles de estrategias prácticas que los ayuden a solucionar gran parte de los conflictos que surgen en la convivencia diaria con un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).</p>	<p>Comprensión del autismo y empleo de apoyos visuales en el hogar. Estrategias para estimular la comunicación y el lenguaje. Conductas inadecuadas Estimulación del juego y las habilidades de autonomía personal. 16 sesiones</p>	<p>Sesiones presenciales Se marcan objetivos específicos para cada familia, que durante el siguiente mes tendrán que poner en práctica y grabar en video. Los Viernes se comentan los videos y los sábados se realiza la teoría de la siguiente sesión.</p>	<p>Aumenta la percepción positiva que tienen los padres de las dificultades derivadas de tener un niño con TEA. Mejoría en la tendencia en la que los progenitores perciben a sus hijos y en el contexto familiar. Ligera mejoría en el estrés de los padres.</p>

A continuación, se procede a describir cada una de las características analizadas.

Tipo de intervención

Los programas revisados se han clasificado entorno a tres tipos de intervención: universal, específica o universal-específica (si tienen diferentes versiones del programa que atiende a diferentes poblaciones). Se observa uniformidad entre las tres clasificaciones. Varios programas tienen diferentes versiones (*The Incredible Years parenting programs*, *Families and Schools Together* (FAST), *Triple P-Positive Parenting Program* o *Parent Management Training Oregon Model* (PMTO) que se adaptan a diferentes poblaciones.

Uno de los escasos programas que se ha diseñado en el ámbito nacional con un enfoque preventivo universal es el *Programa para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales* (Martínez, 2009). Este programa es encargado por el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, pero no hay datos referentes a su puesta en marcha ni eficacia.

Objetivos que pretenden cubrir

En cuanto a los objetivos que se persiguen tras la implementación de los programas de intervención familiar, la mayoría están enfocados a promover el desarrollo de habilidades parentales para asumir el reto de criar y educar a los hijos. Se plantean objetivos referentes a aprender estrategias de autocontrol, análisis funcional de la conducta, resolución de conflictos y habilidades emocionales y parentales.

Asimismo, varios programas persiguen el desarrollo óptimo de los hijos promoviendo el desarrollo de apegos seguros, rutinas, normas y límites, satisfacción de necesidades, disminuir la frecuencia de conductas agresivas y competencia social, entre otros. Los programas FCU (Dishion, 2008) y *Crecer Felices en Familia* (Rodrigo et al., 2008) promociona los factores de protección y pretende disminuir los factores de riesgo asociados al entorno familiar, así como a disminuir los factores moderadores vinculados a la reducción del consumo de drogas y alcohol en la adolescencia. Por su parte PATHS program (Greenberg, 1996) promueven las competencias académicas.

Otra línea de objetivos observada, aunque más escasa, es la perspectiva de fortalezas a nivel de todos los miembros familiares: el desarrollo de las familias como conjunto, destinados a construir de una dinámica de convivencia familiar positiva.

Contenidos

Los contenidos se suelen estar estructurar en diferentes módulos o bloques. Cada programa tiene una línea de intervención parecida: se suele trabajar el aspecto personal y social de madres y padres (habilidades de autorregulación, auto cuidado, desarrollar la confianza, regulación emocional, conocimiento de las etapas evolutivas y los estilos educativos) prosiguiendo con pautas que pueden utilizar para una óptima relación con sus hijos y mejorar o favorecer los comportamientos adecuados (disciplina asertiva y positiva, expectativas hacia los hijos positivas, elogio e incentivos, técnicas de modificación de conductas, habilidades de autonomía y negociación).

Asimismo, hay algunos programas que trabajan contenidos relacionados con cómo fomentar relaciones positivas entre los miembros de la familia y con el entorno educativo.

Los programas que se centran en una intervención específica tienen contenidos enfocados a mejorar las habilidades familiares relacionadas con dicha situación como es el ejemplo del programa *Taller para padres* (Ayuda-Pascual et al., 2012) en el que se desarrollan contenidos específicos del Trastorno del Espectro Autista, como comprensión del autismo y empleo de apoyos visuales en el hogar y estrategias para estimular la comunicación y el lenguaje.

Duración

La mayoría de los programas se desarrollan en torno a 8-12 sesiones presenciales pero hay programas de más de 20 sesiones y otros que duran un curso académico.

Metodología

Más del 80% de programas revisados se desarrollan mediante metodologías activas, experienciales, participativas y en grupo. Hay algunos programas, como el FCU o *Crecer Felices en Familia*, que tienen intervención individualizada y/o apoyo domiciliario previo a las sesiones grupales.

El uso de *role play*, videoconferencia, internet, teléfono, grabaciones de vídeo, video-forum, entre otras, son algunos de los recursos que se utilizan en las sesiones.

Resultados y tamaño del efecto

La mayoría de programas presentan resultados robustos tras su puesta en marcha. Más de un 80% de los programas revisados indican mejoras tanto en las actitudes parentales como en las prácticas de crianza, así como en el clima familiar y la interacción padres-hijos. Asimismo, se observa una reducción de los problemas de conducta infantiles entorno en el 60% de los programas revisados.

Por su parte, menos del 40% de los programas analizados utilizan el tamaño del efecto descrito mediante la *d* de Cohen para comunicar sus avances. De los programas que si lo presentan, la mayoría obtienen un efecto entre medio y alto.

Discusión/Conclusiones

La familia es un elemento clave en el desarrollo infantil (Navarro, Musito, y Herrero, 2007). Los diferentes programas examinados en este trabajo muestran la solidez de la intervención familiar en la promoción de cambios positivos tanto en las habilidades y actitudes familiares como en las conductas de sus hijos, coincidiendo con las revisiones realizadas por Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo (2017), Rey (2006), Robles y Romero (2011).

Aunque los resultados presentados por los programas son robustos, menos del 40% presenta datos acerca del tamaño del efecto por lo que se sugiere realizar esta evaluación (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017).

Por otro lado, tras evaluar sus características, se observa que son casi inexistentes los programas nacionales con base empírica de intervención universal. Descritos los beneficios de la intervención preventiva universal (Leijten et al., 2015; Sandler et al., 2011), como prospectiva de futuro tras esta revisión, se subraya la necesidad de un programa de prevención familiar universal específico para la etapa preescolar (Robles y Romero, 2011) a nivel nacional con base empírica que atienda tanto al desarrollo personal y social de cada uno de los miembros adultos de las familias como el desarrollo óptimo de los hijos y el desarrollo de las familias como sistema.

Limitaciones

Resaltar la escasez de investigaciones en el ámbito nacional y por ello la necesidad de realizar una revisión de literatura en lugar de una revisión sistemática.

En el proceso de búsqueda se han encontrado varios programas en los que no se especifica la edad de los hijos cuyas familias han participado, por lo que posiblemente algunos programas no se hayan incluido por falta de concreción de datos de los participantes.

Agradecimientos

Investigación realizada gracias a la ayuda para la formación de profesorado investigador (FPI) del Ministerio de Economía y Competitividad, vinculada al Proyecto I+D denominado *El programa*

Aprender a convivir en casa y su influencia en la mejora de la competencia social y la reducción de problemas de conducta (EDU2013-41054-P).

Referencias

- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. En R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Bronfenbrenner, V. (1987) *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transaccional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatric*, 56, 96-118.
- D'Arcy, C., y Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294-301.
- Farrington, D.P. (2015). The Developmental Evidence Base: Psychosocial Research. En D.A. Crighton, y G.J. Towl (Eds.), *Forensic psychology* (pp. 161-181). UK: John Wiley y Sons.
- Flouri, E., y Midouhas, E. (2017). Environmental Adversity and Children's Early Trajectories of Problem Behavior: The Role of Harsh Parental Discipline. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 234-243.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M., y Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(2), 318-692.
- Gill, A.M., Dishion, T.J., y Shaw, D.S. (2014). The Family Check-Up: A tailored approach to intervention with high risk families. En S.H. Landry, y C.L. Cooper (Eds.) *Well being and children and families*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Gullota, T.P., y Bloom, M. (2003). *The encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer.
- Leijten, P., Shaw, D.S., Gardner, F., Wilson, M.N., Matthys, W., y Dishion, T.J. (2015). The Family Check-Up and service use in high-risk families of young children: A prevention strategy with a bridge to community-based treatment. *Prevention Science*, 16(3), 397-406.
- Lozano-Rodríguez, I., y Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 85-91.
- Martínez, M.C., Álvarez, B., y Fernández, A.P. (2015). *Orientación familiar: Contextos, evaluación e intervención*. Madrid: Sanz y Torres.
- Navarro, I., Musitu, G., y Herrero, J., (2007). *Familias y problemas: un programa especializado de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Nelsen, J., Erwin, C., y Duffy, R.A. (2014). *Disciplina positiva para preescolares: educar niños responsables, respetuosos y capaces*. Barcelona: Omega.
- Olivares, J., y García-López, L.J. (1997). Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento a padres. *Psicología Conductual*, 5(2), 177-190.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Castalia Publishing Company.
- Rey, C.A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Robles, Z., y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 1(27), 86-111.
- Sandler, I.N., Schoenfelder, E.N., Wolchik, S.A., y MacKinnon, D.P. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, 62, 299-329. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131619
- Waller, R., Gardner, F., Dishion, T., Sitnick, S.L., Shaw, D.S., Winter, C.E., y Wilson, M. (2015). Early parental positive behavior support and childhood adjustment: Addressing enduring questions with new methods. *Social Development*, 24(2), 304-322.

CAPÍTULO 13

Análisis de las actividades de tiempo libre que promueven el bienestar subjetivo en la adolescencia

Nieves Fátima Oropesa Ruiz
Universidad de Almería

Introducción

Hoy día la adolescencia como etapa supone un gran reto evolutivo, que entraña continuidad y cambio con respecto a periodos anteriores y posteriores. El tiempo libre estructurado y supervisado por los progenitores u otras figuras de autoridad y una amplia oferta de actividades que dé respuesta a las necesidades e intereses de los adolescentes se presentan como factores de protección claves que debemos fomentar para contribuir a mejorar la calidad de vida.

Las implicaciones para el desarrollo de las diferentes formas de ocupación del tiempo libre dependen de qué actividades llevan a cabo los jóvenes durante este tiempo. Existen diferentes y variadas maneras de ocupar el tiempo libre, pues cuando se analizan los distintos parámetros de las rutinas de vida cotidiana se obtienen patrones de comportamiento muy heterogéneos que probablemente influyan en las trayectorias de vida a corto y medio plazo (Oropesa, Moreno, Pérez, y Muñoz-Tinoco, 2014). En este sentido, debe procurarse la posibilidad a los adolescentes de acceder a actividades que realmente satisfagan sus necesidades individuales.

En este trabajo vamos a estudiar las actividades de tiempo libre que producen mayor satisfacción con la vida y más sentimientos positivos y de felicidad, y que de este modo contribuyen al bienestar subjetivo de los adolescentes.

El término de bienestar subjetivo (SWB) fue desarrollado por Diener (1984) para hacer referencia a la satisfacción y las reacciones emocionales asociadas con la vida. Incluye componentes cognitivos y emocionales que pueden ser estudiados de manera independiente (Lucas, Diener, y Such, 1996). La satisfacción con la vida puede ser definida como la valoración positiva que la persona realiza de su vida, bien a nivel general o por dominios específicos (trabajo, familia, ocio, etcétera) y se corresponde con el componente más cognitivo del bienestar (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999). Se trata de un componente sólido y estable, que generalmente ha sido medido a través de Satisfaction With Life Escala (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985). Las reacciones emocionales asociadas con la vida se han valorado a través de la manifestación de afectos tanto positivos (alegría, felicidad, cariño, etcétera) como negativos (culpa y vergüenza, tristeza, estrés, etcétera), siendo uno de los instrumentos de medida más utilizados Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Este componente del bienestar, a diferencia de la satisfacción vital, se ha considerado más variable, dependiente del contexto y del momento actual. En relación con los afectos positivos y la felicidad, Csikszentmihalyi (1996) plantea que las personas pueden experimentar un estado subjetivo óptimo o *flow*, es decir, un estado de sensaciones positivas, cuando se encuentran completamente absortas en una actividad durante la cual pierden la noción del tiempo y experimentan una enorme satisfacción.

Kleiber, Larson, y Csikszentmihalyi (1986) diferencian entre dos tipos de conductas de ocio durante la adolescencia: una que denominan como ocio relajado y otra como ocio transicional. El ocio relajado incluye actividades que son agradables pero que no necesariamente contribuyen al desarrollo, como por ejemplo ver la televisión. El ocio transicional, por el contrario, es beneficioso para el desarrollo. Este tipo de ocio implica un esfuerzo para el adolescente, tal y como ocurre en el contexto del deporte o los juegos y permite al adolescente sentirse libre y motivado intrínsecamente.

En la misma línea, Passmore y French (2001) distinguen tres categorías de ocio en función de sus implicaciones en el desarrollo adolescente: el ocio de logro, el ocio social y el ocio pasivo. En el primer caso identifican el ocio con un ocio exigente, a menudo competitivo y que principalmente promueve un sentido de desafío personal. Los deportes, tocar un instrumento musical, bailar, los hobbies y las artes creativas son ejemplos representativos de esta categoría. El ocio social lo entienden como estar en compañía de otras personas, principalmente con los iguales. Y el ocio pasivo lo definen como un ocio que exige poco esfuerzo y que relaja y como una manera de pasar el tiempo. Este ocio frecuentemente se realiza en solitario como escuchar música, ver la televisión, tumbarse en la cama y repasar los acontecimientos del día.

Por su parte, Larson (2000) señala que el ocio organizado se caracteriza por su estructura (implica restricciones, reglas y metas), la supervisión adulta y el énfasis en la construcción de habilidades (dependiendo de cada actividad). Este tipo de ocio muestra características similares a las demandas que implican los roles adultos en comparación con otro tipo de ocio más relajado, como ver la televisión y estar con los amigos, aunque para que resulte beneficioso para el desarrollo debe ser realizado durante un número de horas suficiente (Larson y Verma, 1999). Desde una perspectiva sociológica, Stebbins (1992) diferencia entre ocio serio y ocio casual. Más tarde, incluyo otra tipología de ocio que denominó ocio basado en proyectos. Para ampliar la información sobre los estilos de ocio se puede consultar Stebbins (2012). Mientras que el ocio serio se refiere a la búsqueda de una satisfacción plena a través de la participación en una actividad de manera voluntaria, no profesional (amateur) o como pasatiempo, porque dicha actividad se considera interesante como para que la persona trate de adquirir y expresar habilidades, conocimientos y experiencia propios, el ocio casual es aquel motivado intrínsecamente, pero que permite obtener una recompensa inmediata, es decir, se refiere a la realización de una actividad placentera, de corta duración, que no requiere gran capacitación para ser realizada. En el ocio basado en proyectos las personas participan en proyectos puntuales u ocasionales, en los que utilizan sus talentos y conocimientos, aunque para algunos proyectos puedan necesitar buscar formación específica. Lu y Argyle (1994) hallaron que cuando las personas experimentan una actividad de ocio serio presentan mayor satisfacción y bienestar en su tiempo libre.

Teniendo en cuenta que durante el tiempo libre los adolescentes presentan mayor capacidad para elegir aquellas actividades que desean realizar y que les producen mayor satisfacción y bienestar, se van a revisar los estudios empíricos realizados hasta el momento sobre las actividades de tiempo libre que mejoran la satisfacción con la vida y contribuyen a la felicidad del adolescente, tratando de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las actividades de ocio realizadas en el tiempo libre que producen mayor bienestar subjetivo en la adolescencia?

Metodología

Bases de datos

Los buscadores académicos consultados han sido PsycInfo (1806-2017) y Web of Science (1900-2017) debido a su relevancia en la investigación psicológica y, en el caso de Web of Science, por ofrecer en enfoque multidisciplinar. El proceso de búsqueda se realizó entre el 29 de junio y el 6 de julio de 2017.

Descriptor

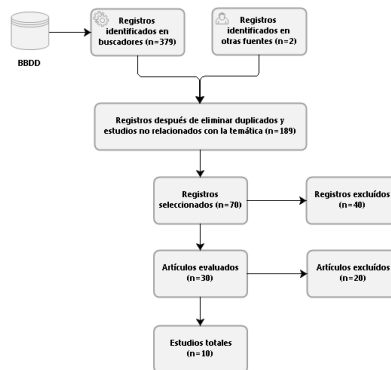
Se seleccionaron algunos descriptores relacionados con los campos que se incluyen en nuestra pregunta de investigación. Los descriptores utilizados en los distintos buscadores académicos mencionados han sido: «leisure time and leisure satisfaction and adolescence», «leisure time activity and life satisfaction and adolescence», «leisure time activities and leisure satisfaction and adolescence», «leisure and subjective well-being and adolescence».

Por último, se siguió la sintaxis recomendada en cada uno de los buscadores académicos.

Fórmulas de búsqueda

Se seleccionaron los estudios empíricos que fueron publicados en revistas científicas evaluadas por expertos, libros y tesis doctorales que incluyen entre sus objetivos de investigación examinar la posible correlación entre las actividades de tiempo libre y el bienestar subjetivo durante la adolescencia. Se incluyeron los estudios con resúmenes disponibles y publicados tanto en inglés como en español. No se limitó la búsqueda temporalmente, de manera que se incluyeron todos los estudios indexados en los buscadores académicos citados desde su creación hasta julio de 2017. Siguiendo la clasificación propuesta por Passmore y French (2001) sobre los tipos de ocio se incluyeron en la revisión los estudios que habían analizado la asociación de distintas actividades de ocio (ocio de logro, ocio social y ocio pasivo) con el bienestar subjetivo (satisfacción vital y afectos positivos y negativos) (Diener, 1984). Asimismo, en cuanto a los estudios seleccionados para la asociación entre estas variables, se consideraron las aportaciones de Larson (2000) sobre la definición de ocio organizado y, por último, el enfoque teórico de Stebbins (1992) sobre el ocio serio. La búsqueda de las distintas fuentes bibliográficas se limitó al periodo del desarrollo adolescente. Se excluyeron de la selección inicial los estudios que, aun abordando la relación entre tiempo libre y bienestar subjetivo, se centraron en adolescentes con diversos problemas clínicos (autismo, discapacidad, delincuencia, abuso de sustancias, problemas de coordinación, etcétera), los estudios con objetivos diferentes al análisis de la relación entre tiempo libre y bienestar subjetivo (validación de escalas de satisfacción vital, análisis descriptivo del uso del tiempo libre, evaluaciones de programas de intervención), y las investigaciones sobre el bienestar centradas en otras variables psicológicas (estrés, personalidad, autoestima, identidad), o cuyo objetivo principal fue el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, o bien que se centraron en otros aspectos relacionadas con el bienestar (ajuste psicológico, influencia del ambiente familiar). En la figura 1 se puede observar el proceso seguido para la selección de los estudios consultados desde el principio hasta el final.

Figura 1. Diagrama del proceso de selección de las fuentes bibliográficas obtenidas en los buscadores académicos (BBDD) y otras fuentes de información



Resultados

De las diferentes fuentes bibliográficas incluidas finalmente para la revisión sistemática se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: autor, año de publicación, título de la revista, país donde se realiza el estudio, características de la muestra (tamaño y edad de la población objeto de estudio), diseño de investigación (estudio transversal o longitudinal), instrumentos de medición del bienestar subjetivo (bienestar subjetivo general, satisfacción vital y afectos), evaluación de la calidad del estudio (técnicas estadísticas utilizadas, cálculo del tamaño del efecto, de riesgos relativos y odds ratio y de intervalos de confianza) y conclusiones más importantes.

Una vez eliminados los duplicados, se identificaron un total de 189 estudios que contemplaron entre sus objetivos, o como hipótesis, evidenciar la posible asociación entre el tiempo libre y el bienestar subjetivo de los adolescentes. Se realizó una lectura crítica de los títulos, resúmenes y gran parte de los artículos completos, a partir de la cual se excluyeron 179 estudios, sobre todo por utilizar muestras clínicas, poner el énfasis principalmente en la intervención o por analizar la temática de estudio en relación con otras variables psicológicas. Se realizó una revisión sistemática de 10 estudios que analizaban datos primarios y que presentaban una metodología cuantitativa, el más antiguo de 1998 y el más reciente de 2016. El tamaño de la muestra estuvo comprendido entre 418 a 40.000 adolescentes, aunque algunos estudios incluyeron grupos de más edad. Respecto al diseño de investigación, 9 presentaron un diseño de corte transversal y 1 de corte longitudinal. Los estudios se llevaron a cabo en distintos continentes: 4 en Europa (España, Italia, Noruega y U.K.), 2 en Asia (Corea y China), 1 en América del Norte (cuarenta y ocho estados), 2 en América del Sur (Bolivia y Brasil) y 1 en Australia (Tabla 1).

Tabla 1. Características de las investigaciones incluidas y principales resultados (parte 1)

Estudio/País	Año	Muestra (n)	Edad	Instrumentos	Diseño	Medidas de calidad	Conclusiones
Brown et al. (U.K.)	2015	40.000	+16	Escala Satisfacción Vital creada por los autores.	T	Deporte intensidad moderada y SV (OR 1.09***, IC 95%, .056 a .119); Patrimonio y SV [OR 1.06***, IC 95%, .025 a .087]; Activo-creativo y SV (OR 1.07***, IC 95%, .037 a .106). Lectura y SV (OR 0.92***, IC 95%, -.059 a .005); Sedentario-creativo y SV (OR 0.97*, IC 95%, .025 a .087).	Se observa una asociación positiva entre el deporte de intensidad moderada, las visitas del patrimonio cultural y el ocio activo-creativo y la satisfacción vital, pero no para la asistencia a espectáculos (cine, teatro, museos, galerías de arte). Existe una relación negativa entre la afición a la lectura y las actividades sedentarias-creativas y la satisfacción con la vida. Mientras que la participación en distintas actividades se asoció con una alta satisfacción con la vida, no se halló correlación con la frecuencia de participación en cada una de las actividades
Hansen et al. (Noruega)	2015	8.200	13-19	Escala Satisfacción Vital creada por los autores.	T	Ir al cine y SV (OR = 1.62 (IC 95%, 1.14 a 2.30); Adolescencia media y SV (OR = 1.37, IC 95%, 1.08 a 1.73) Adolescencia tardía y SV (OR = 1.47, IC 95%, 1.07 a 2.02).	En las chicas de 17-19 años se halló una asociación positiva entre ir al cine y una alta satisfacción vital. Participar en actividades culturales estuvo asociada con una buena satisfacción vital durante la mayor parte de la adolescencia (16-19 años).
Moreno et al. (España)	2015	5000	15-18	Cuestionario.	T	Actividad física y SV en los chicos ($r = .19^*$; $r = -.10^*$); Utilización de dispositivos electrónicos y SV en los chicos ($r = -.10^*$); conductas sedentarias y SV en los chicos ($r = -.12^*$); actividades deportivas organizadas y SV en los chicos ($r = .15^*$); Actividades organizadas y SV ($r = .10^*$). Rol del contexto social en la relación entre actividades de tiempo libre y el desarrollo positivo (se realiza un Análisis de regresión multivariante).	Relación significativa y positiva entre actividad física de moderada a vigorosa y SV en los chicos. Correlación significativa y positiva entre la utilización de dispositivos electrónicos para otros usos como tareas escolares, correo electrónico, redes sociales, buscar para internet o chatear y SV en los chicos. Asociación significativa y positiva entre conductas sedentarias y SV en los chicos Relación significativa y positiva entre actividades deportivas organizadas y satisfacción vital en los chicos. Correlación positiva y significativa entre la participación en actividades organizadas y satisfacción vital. El hecho de que el grupo de amistad no participe en actividades culturales es, junto al bajo conocimiento del padre y la madre, un predictor de baja satisfacción vital de las chicas.

Tabla 1. Características de las investigaciones incluidas y principales resultados (parte 2)

Liu y Yu (China)	2014	418	17-38	Escala Satisfacción del Ocio de Beard y Ragheb. PWI (International Wellbeing Group, 2006).	T	Ocio serio y satisfacción con el ocio ($t = 12.01^{***}$, $d = 1.18$); Ocio serio y satisfacción con el ocio social ($t = 13.37^{***}$, $d = 1.29$); Ocio serio y relajación ($t = 4.06^{**}$, $d = .41$); Ocio serio y bienestar subjetivo general ($t = 3.60^{***}$, $d = .35$), ocio serio y seguridad ($t = 3.35^{***}$, $d = .33$); ocio serio e integración en la comunidad ($t = 4.58^{***}$, $d = .46$); ocio serio y religión ($t = 5.16^{***}$, $d = .50$).	Los participantes de ocio serio obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los participantes de ocio no-serio en todas las facetas de la satisfacción con el ocio y en la satisfacción en general, siendo la satisfacción con el ocio social la más importante en este sentido y en segundo lugar la relajación. Los participantes de ocio serio también presentaron significativamente un mayor bienestar subjetivo, en general, y en los otros siete dominios, que los participantes de ocio-no serio. Ambos participantes, tanto los de ocio serio como los de ocio-no serio, presentan un alto nivel de satisfacción con la vida, pero los participantes de ocio serio también tienen un mayor nivel de satisfacción respecto a la seguridad, la integración en la comunidad y la espiritualidad o religión.
Shin y You (Corea)	2013	T 1 = 3.449 T 2 = 3.188	T1= 14-15 T2= 15-16	Escala Satisfacción Vital creada por los autores.	L	Ocio activo y SV ($r = .06^{**}$). Análisis estructural.	Los resultados reflejaron una correlación significativa y positiva entre el ocio activo y la satisfacción con la vida en el caso de las chicas en el T1. En el caso de los chicos, sólo el ocio activo (actividades deportivas) tuvo un efecto positivo en la satisfacción con el ocio. Para las chicas, aunque las actividades de ocio activo ejercieron efectos positivos en la satisfacción de las estudiantes, el ocio pasivo y el ocio social tuvieron un impacto negativo en la satisfacción. La satisfacción con las actividades de ocio tuvo efectos longitudinales en el bienestar psicológico, aumentando la satisfacción con la vida y disminuyendo el estrés.
Grossi et al. (Italia)	2013	1.000	+15	PGWBI. Adaptado por los autores.	T	Análisis univariante.	La alta participación en actividades culturales (también se incluye el deporte) se consideró uno de los factores que contribuyen en mayor medida al bienestar subjetivo en el caso de las mujeres, pero no en los hombres. Las actividades culturales con alto nivel de implicación contribuyeron al bienestar subjetivo de las mujeres más que cualquier otro tipo de actividad de ocio.
Sarriera et al. (Brasil)	2013	1.588	12-16	PWI (Cummins et al., 2003). Cuestionario sobre la percepción del uso del tiempo libre. Adaptado de Casas (2010). Cuestionario de satisfacción con las actividades de tiempo libre. Adaptado de Casas (2007).	T	Análisis de regresión múltiple a través del método Stepwise.	Las actividades que envuelven interacción social y desarrollo de habilidades físicas e intelectuales fueron predictores de bienestar. Lo mismo ocurrió con actividades relacionadas con la música, internet, móvil y videojuegos. La percepción de la buena organización y el aprovechamiento del tiempo libre se relacionaron también con el bienestar.
Trainor et al. (Australia del Sur)	2010	947	13-17	Escala de Satisfacción Vital de Warr, Cook y Wall (1979). Versión abreviada.	T	No hacer nada en particular y SV ($r = -.29^{**}$); Actividades en solitario (en general) y SV ($r = -.09$); Actividades con otras personas y SV ($r = .22^{**}$); Ir a clubs, fiestas, comer fuera y SV ($r = .12^{**}$); Comer, montar en bici y andar y SV ($r = .20^{**}$); Hacer deporte y SV ($r = .19$).	No hacer nada en particular y realizar actividades en solitario, por lo general, correlacionaron negativamente con la satisfacción en la vida. Realizar actividades con otras personas, ir a clubs, fiestas y comer fuera, correr, montar en bici, salir a caminar y hacer deporte correlacionaron positivamente con la satisfacción vital.

Tabla 1. Características de las investigaciones incluidas y principales resultados (parte 3)

Reyes-García et al. (Bolivia)	2006	533	+16	Entrevista	L	Análisis de regresión.	La cantidad de tiempo que una persona invierte en ocio social tuvo una relación positiva con la felicidad de esa persona. El ocio solitario se asociaba negativamente con la felicidad, aunque en ninguno de los modelos de regresión la variable ocio solitario fue estadísticamente significativa. El ocio social tuvo una asociación negativa con el aburrimiento, mientras que el ocio solitario tuvo una asociación negativa con la risa. El ocio social estaba asociado con la felicidad sólo en el caso de las mujeres
Leonard (EEUU)	1998	2560	12-19	Cuestionario MTF	T	$r = .19$	El vínculo entre actividad física y el bienestar fue prácticamente insignificante

Nota. T = transversal; L = longitudinal; T 1 = Tiempo 1; T 2 = Tiempo 2; SOEP= Panel socioeconómico alemán (Siedler et al., 2009). S-IAT = Test de adicción a Internet (Pawlikowski et al., 2013). PWI = Índice de Bienestar Personal; PGWBI= Índice de Bienestar Psicológico General (Dupuy, 1990); SV = Satisfacción vital; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discusión/Conclusiones

Todos los estudios incluidos en la presente revisión incluyeron dentro de sus objetivos el análisis de la relación entre los distintos tipos de ocio o actividades de tiempo libre con el bienestar subjetivo en el periodo de la adolescencia. Al centrarse en el estudio de las actividades culturales, algunos autores encontraron una relación significativa y positiva entre la participación en actividades culturales y el nivel de satisfacción vital (Brown, Macdonald, y Mitchell, 2015; Hansen, Sund, Knudtsen, Krokstad, y Holmen, 2015). Además, el hecho de participar en actividades culturales estuvo asociada con una adecuada satisfacción con la vida durante la mayor parte de la adolescencia (16-19 años) (Hansen et al., 2015). De acuerdo con los resultados anteriores, Grossi et al. (2013) hallaron que eran las chicas, en contraposición a los chicos, las que mayor bienestar subjetivo experimentaron con la práctica de actividades culturales, siendo las actividades culturales con alto nivel de implicación las que contribuyeron al bienestar subjetivo de las mujeres más que cualquier otro tipo de actividad de ocio. En esta misma dirección, Moreno, Ramos, Rivera, Sanchez-Queija, y Morgan (2015) comprobaron que un predictor de baja satisfacción vital de las chicas fue que el grupo de amistad no participara en actividades culturales, junto con el bajo conocimiento del padre y la madre respecto a la realización de dichas actividades. En cuanto a la frecuencia y al tipo de actividades culturales, mientras que la participación en distintas actividades se asoció con una alta satisfacción con la vida, no se halló correlación con la frecuencia de participación en cada una de las ellas (Brown et al., 2015). En consonancia con los resultados obtenidos sobre las actividades culturales, la investigación analizada sobre ocio serio reflejó que las personas que participaron en este tipo de ocio presentaron significativamente un mayor bienestar subjetivo que los participantes de ocio-no serio (Liu y Yu, 2014).

Al analizar el ocio social, diferentes estudios evidenciaron que las actividades que implicaron interacción social (con familia y con amigos) fueron predictores del bienestar (Sarriera et al., 2013). Reyes-García et al. (2009) hallaron que la cantidad de tiempo que una persona invierte en ocio social tiene una relación positiva con la felicidad de esa persona. Por otra parte, el ocio solitario se asoció negativamente con la felicidad, aunque en ninguno de los modelos de regresión la variable ocio solitario fue estadísticamente significativa (Reyes-García et al., 2009). Hallazgos en esta misma dirección fueron obtenidos por Trainor (2010) que encontró que realizar actividades en solitario, por lo general, correlacionó negativamente con la satisfacción con la vida en la adolescencia. Respecto a los afectos vinculados al ocio social frente al ocio solitario, mientras que el ocio social se asoció de forma negativa con el aburrimiento, el ocio solitario mantuvo una relación negativa con la risa (Reyes-García et al., 2013). Por el contrario, en el estudio de Shin y You (2013) los resultados obtenidos reflejaron que el ocio social tuvo un impacto negativo en la satisfacción de los adolescentes. Quizá este resultado se deba a que las actividades realizadas con los amigos en esta investigación respondieran más bien a un tipo de ocio no estructurado. En este sentido, sería conveniente ampliar la investigación sobre las características de las actividades practicadas en compañía de los amigos o de los iguales y su relación con el bienestar subjetivo de los adolescentes.

Al examinar los estudios sobre ocio activo, se observó una asociación positiva entre el deporte de intensidad moderada, las visitas del patrimonio cultural (visitas de ciudades, parques, monumentos, etcétera) y el ocio activo-creativo (practicar danza, cantar, interpretar una obra de teatro, etcétera) y la satisfacción vital (Brown et al., 2015). Asimismo, en la investigación de Sarriera et al. (2009) el desarrollo de habilidades físicas (deportes y otros juegos) fue predictor de bienestar. En la misma línea se mostró la investigación de Trainor, Delfabbro, Anderson, y Winefield (2010) en la que actividades como correr, montar en bici, salir a caminar y hacer deporte correlacionó positivamente con la satisfacción con la vida. Por otra parte, los resultados de Shin y You (2013) mostraron una correlación significativa y positiva entre el ocio activo y la satisfacción vital en el caso de las chicas. En este estudio, en el caso de los chicos, sólo el ocio activo (actividades deportivas) tuvo un efecto positivo en la satisfacción con el ocio. El estudio de Moreno et al. (2015) apunta en esta dirección, al hallar una relación significativa y

positiva entre la participación en actividades deportivas organizadas y satisfacción vital en los chicos, o bien entre la realización de actividad física de moderada a vigorosa y satisfacción vital, de nuevo para los chicos. En otra dirección, Leonard (1998) encontró que el vínculo entre actividad física y el bienestar es prácticamente insignificante. En base a estos resultados, se propone ampliar la investigación sobre la relación entre ocio activo (incluyendo distintas actividades, además del ejercicio físico) y la satisfacción vital, teniendo en cuenta el papel mediador del sexo de los adolescentes.

En cuanto al ocio pasivo, Brown et al. (2015) descubrieron que existía una relación negativa entre la afición a la lectura y las actividades sedentarias-creativas (escuchar música, pintar, esculpir, realizar fotografías) y la satisfacción con la vida. Sarriera et al. (2009) hallaron que las actividades intelectuales (estudiar, pensar y leer) fueron predictoras del bienestar. En cambio, Brown et al. (2015) halló una relación negativa entre la afición a la lectura y la satisfacción vital. Según Shin y You (2013) el ocio pasivo (es decir, las actividades sedentarias) tuvieron un impacto negativo en la satisfacción de los adolescentes. Sin embargo, en la investigación de Sarriera et al. (2009) las actividades relacionadas con la música, internet, móvil y videojuegos contribuyeron al bienestar de los adolescentes. Por otro lado, no hacer nada correlacionó negativamente con la satisfacción en la vida, mientras que ir a clubs, fiestas y comer fuera correlacionaron positivamente con la satisfacción vital (Trainor et al., 2010). En la misma línea, en las chicas de 17-19 años se halló una asociación positiva entre ir al cine y una alta satisfacción vital (Hansen et al., 2015). Moreno et al. (2015) encontraron una correlación significativa y positiva entre la utilización de dispositivos electrónicos para otros usos como tareas escolares, correo electrónico, redes sociales, buscar para internet o chatear y la satisfacción vital en el caso de los chicos. Al respecto, cabe mencionar que el uso problemático de internet se ha relacionado negativamente con la satisfacción en general, y las asociaciones entre uso problemático de internet y satisfacción en relación con la salud y el ocio fueron más elevadas en las mujeres que en los hombres en el estudio de Lachmann, Sariyska, Cooper, y Montag (2016). En este sentido, los resultados no son del todo concluyentes. Por tanto, se necesitan más estudios para aclarar cuáles son las actividades sedentarias que satisfacen y contribuyen al bienestar de los adolescentes.

En cuanto al ocio organizado, se relacionó la participación en actividades organizadas y la satisfacción con la vida en la adolescencia (Moreno et al., 2015), aunque el tamaño del efecto fue pequeño.

A modo de síntesis, el ocio activo contribuye al bienestar subjetivo en la adolescencia. Las actividades culturales se asocian con la satisfacción vital, sobre todo en el caso de las chicas, así como el ocio social genera sentimientos positivos y satisface más a las chicas que a los chicos. Respecto al ocio pasivo, los datos no son concluyentes y, por tanto, se necesitan más estudios que profundicen en la relación entre actividades sedentarias y bienestar subjetivo en la adolescencia, y en cómo el tipo de ocio más beneficioso para los adolescentes se puede regular administrativa y socialmente (Oropesa, 2014).

Referencias

- Brown, J.L., Macdonald, R., y Mitchell, R. (2015). Are people who participate in cultural activities more satisfied with life? *Social Indicators Research*, 122(1), 135-146. doi:<http://dx.doi.org/almirez.ual.es/10.1007/s11205-014-0678-7>.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Fluir: Una psicología de la felicidad*. Kairós, Barcelona.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Grossi, E., Compare, A., Lonardi, C., Cerutti, R., Callus, E., y Niero, M. (2013). Gender-related effect of cultural participation in psychological well-being: Indications from the well-being project in the municipality of Milan. *Social Indicators Research*, 114(2), 255-271. doi:<http://dx.doi.org/almirez.ual.es/10.1007/s11205-012-0144-3>

Grotevant, H.D. (1998). *Adolescent development in family contexts*. En Eisenberg (Ed.). Social, emotional and personality development (pp. 1097-1149), volume III de W. Damon (Ed.), Handbook of child psychology. Nueva York: Wiley.

Hansen, E., Sund, E., Knudtsen, M.S., Krokstad, S., y Holmen, T.L. (2015). Cultural activity participation and associations with self-perceived health, life-satisfaction and mental health: the Young HUNT Study, Norway. *Bmc Public Health*, 15(544), 2-8, doi: <http://dx.10.1186/s12889-015-1873-4>.

Kleiber, D.A., Larson, R., y Csikszentmihalyi, M. (1986). The experience of leisure in adolescence. *J. Leisure Res*, 18, 343-364.

Lachmann, B., Sariyska, R., Cooper, A., y Montag, C. (2016). Life satisfaction and problematic Internet use: Evidence for gender specific effects. *Psychiatry Research*, 238, 363-367. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.017>.

Larson, R. (2000). *Toward a Psychology of Positive Youth Development*. *American Psychologist*, 55(1), 170-183.

Larson, R., y Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world work, play, and developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, 125(6), 701-736.

Leonard, W.M. (1998). Physical activity and psychological well-being among high school seniors. *Journal of Sport Behavior*, 21(2), 196-205.

Leveresen, I., Danielsen, A.G., Birkeland, M.S., y Samdal, O. (2012). Basic Psychological Need Satisfaction in Leisure Activities and Adolescents' Life Satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(12), 1588-1599. <http://doi.org/10.1007/s10964-012-9776-5>.

Liu, H., y Yu, B. (2015). Serious leisure, leisure satisfaction and subjective well-being of chinese university students. *Social Indicators Research*, 122(1), 159-174. doi:<http://0-dx.doi.org.almirez.ual.es/10.1007/s11205-014-0687-6>.

Lu, L., y Argyle, M. (1994). Leisure satisfaction and happiness as a function of leisure activity. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 10, 89-96.

Lucas, R.E., Diener, E., y Suh, E. M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.

Moreno, M., Ramos, P., Rivera, F., Sanchez-Queija, I., y Morgan, A. (2015). *Leisure time activities: The influence of social contexts (family and peers) and its impact on the positive development during adolescence*. Comunicación presentada en 17th European Conference on Developmental Psychology. Braga, Portugal, 8-12 de Septiembre.

Oropesa, N.F. (2014). La influencia del tiempo libre en el desarrollo adolescente. *Apuntes de Psicología*, 32(3), 235-243.

Oropesa, N.F., Moreno, M.C., Pérez, P.J., y Muñoz-Tinoco, V. (2014). Rutinas de tiempo libre: oportunidad y riesgo en la adolescencia, *Cultura y Educación*, 26(1), 170-183.

Passmore, A., y French, D. (2001). Development and administration of a measure to assess adolescent's participation in leisure activities. *Adolescence*, 36(141), 67-76.

Reyes-García, V., Godoy, R.A., Vadez, V., Ruíz-Mallén, I., Huanca, T., Leonard, W. R...Tanner, S. (2009). The pay-offs to sociability: Do solitary and social leisure relate to happiness? *Human Nature*, 20(4), 431-446. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12110-009-9073-5>.

Sarriera, J.C., Paradiso, A.C., Abs, D., Soares, D.H.P., Silva, C.L., y Fiuza, P.J. (2013). O bem-estar pessoal dos adolescentes a través do seu tempo livre, *Estudos de Psicologia*, 18(2), 285-295. <http://hdl.handle.net/10183/109031>.

Shin, K., y You, S. (2013). Leisure type, leisure satisfaction and adolescents' psychological wellbeing, *Journal of Pacific Rim Psychology*, 7(2), 53-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/prp.2013.6>

Stebbins, R.A. (1992). *Amateur, professionals, and serious leisure*. Montreal: McGillQuen's University Press.

Stebbins, R.A. (2012). Compromiso temporal discrecional: efectos sobre la elección y los estilos de ocio. *Revista ARBOR. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 188(754), 293-300,

Trainor, S., Delfabbro, P., Anderson, S., y Winefield, A. (2010). Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence*, 33(1), 173-186. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.03.013>.

Watson, D., Clark, L., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

CAPÍTULO 14

La influencia de los rasgos de personalidad en las conductas antisociales y delictivas en adolescentes privadas de libertad en Guatemala

Silvia Lucrecia Izeppi, Glenda Azucena Zamora Hernández,
y Regina del Rosario Girón Guerra
Secretaria de Bienestar Social

Introducción

Los rasgos de la personalidad que pueden ser el Temperamento (Genético) y Carácter (Ambiental), son parte fundamental en la vida de todo ser humano, ya que estos son patrones perdurables de pensamientos, sentimientos y conductas que caracterizan a una persona y la hacen única.

Por lo tanto en la presente investigación se busca determinar cuáles son los rasgos de personalidad que poseen las adolescentes privadas de Libertad y su relación con la conducta antisocial y/o delictiva.

Con los resultados obtenidos se podrá realizar un plan estratégico multidisciplinario, que fortalezca a las jóvenes privadas de libertad y evitar con ello que reincidan.

Herrero, Colom, y Salas (2000) en el artículo titulado Adolescencia y conducta antisocial que aparece en la revista anual de psicología *Psicothema*, expone que la conducta antisocial está basada en la incapacidad del proceso de relacionarse con las demás personas y las dificultad del temperamento de la persona. Los rasgos de temperamento que juegan un papel importante son la ausencia del miedo, búsqueda de sensaciones y la impulsividad. Diferencias individuales de estos rasgos interactúan con el contexto que atribuyen a la socialización. Las personalidades antisociales tienden a puntuar alto todos estos rasgos anteriormente mencionados. En un estudio en donde se evaluaron 186 reclusos y 354 adolescentes, no se observaron diferencias significativas en la búsqueda de sensaciones y ausencia del miedo, pero algunos puntuaron más alto en el rasgo de la impulsividad, ya que en esta etapa los jóvenes se dejan llevar por sus emociones y no racionalizan la situación para poder actuar de la manera más adecuada ante determinada situación.

Martín (2008) en el artículo titulado La conducta antisocial un motivo de educación especial que aparece en la página de internet espacio pedagógico, expone que la conducta antisocial se distingue por la falta de habilidades competencias y estrategias sociales también por un aprendizaje malo de las relaciones sociales aceptadas. Ya que cada ser humano manifiesta una determinada conducta ante las personas, en base a la situación, porque el hombre es un ser de relaciones y tal conducta lo hace ser una persona diferente. Este comportamiento cuando es de niños se ha relacionado con la esperanza porque el niño pide e intenta recuperar algo que en su momento no obtuvo. En la conducta antisocial, se ha mostrado que la persona no puede manejar su conducta en diferentes situaciones o circunstancias, eso se debe a la mala crianza, ambiente, educación de los padres a los hijos.

Andújar (2011) en su tesis titulada Conductas antisociales en la adolescencia, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentran el poder conocer si existen conductas antisociales y que peculiaridades poseen éstos en su posible desarrollo y manifestación de la conducta antisocial, principalmente, mediante las variables diferenciales de género y edad. Se contó con una muestra de 136 adolescentes, y se llegó a la conclusión de que las conductas antisociales más reflejadas en los adolescentes son dos y se dividen en categorías, la primera hace referencia a la consideración de la propiedad privada y conducta infractora, la segunda a la conflictividad normativa y de consideración del otro. Una se refiere a conductas de apropiación, de actos transgresores que se refieren a comportamientos constitutivos de serias infracciones, y la otra se refiere actitudes caracterizadas por una desobediencia a

las reglas sociales, imposición del adolescente con sus propias reglas e inmadurez. Se recomienda realizar charlas con los padres de familia para poder educar a sus hijos.

Romeu (2013) en el artículo titulado Trastorno antisocial de la conducta comenta, que la conducta antisocial en los niños y adolescentes ocurre con frecuencia. Estas personas presentan conductas agresivas repetitivas, que rompen con las normas de casa, escuela, robos y otros más extremos como el vandalismo. Es muy raro que la persona presente todas las características, más común es que presente un síntoma principal y los demás que se relacionen. Lo más probable es que los niños y adolescentes que presentan conducta antisocial manifiesten hiperactividad y retraso mental. La causa de la conducta antisocial suele aparecer en familias marginales o desintegradas. Lo más frecuente es que los niños hayan sido víctimas de violencia física y psicológica. Este trastorno es una evolución para el adolescente y para quienes interactúan con él. Las consecuencias son peores con la edad.

El objetivo por el cual se hizo el estudio fue determinar los rasgos de personalidad y la conducta antisocial y/o delictiva de las jóvenes privadas de Libertad.

Método

Se realizó el estudio de campo en el Centro Juvenil de Privación de Libertad para Mujeres CEJUPLIM Los Gorriones, del municipio Sacatepéquez, de Guatemala el cual alberga la totalidad de adolescentes privadas del país, con un universo de 150 y muestra de 40 jóvenes adolescentes de sexo femenino, comprendidas entre las edades de 13 y 20 años. Utilizando la investigación descriptiva y la metodología estadística de significación y fiabilidad de la media aritmética.

Instrumentos

Para la evaluación y la finalidad de la investigación se utilizaron dos muestras de la población interna, para ello se utilizaron las Pruebas Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes MMPI-A y A-D Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas.

Procedimiento

Las pruebas fueron aplicadas de forma grupal e individual (en el caso de las adolescentes con escolaridad baja).

Análisis de datos

La muestra de la investigación fue realizada con 40 adolescentes, la cual fue objeto de estudio y se comprende entre las edades de 13 a 20 años de edad, género femenino. Su procedencia corresponde a distintos departamentos, municipios del país y extranjeras.

La mayoría de adolescentes tienen un nivel educativo bajo, algunas no tienen el nivel educativo acorde a su edad, cuando las adolescentes ingresan al centro se les pide a los familiares que presenten la papelería requerida por el ministerio de educación para brindarles la oportunidad de continuar sus estudios, dentro de la institución funciona una escuela, en donde las adolescentes reciben clases de lunes a viernes, en convenio de la secretaria y el ministerio de educación las adolescentes pueden ser inscritas en cualquier fecha del año según sea su ingreso con el objetivo de que las privadas de libertad tengan la oportunidad de continuar su formación escolar, en esta escuela se imparten en la actualidad el nivel primario, secundario, diversificado y universitario.

Las condiciones de salud dentro de CEJUPLIM son adecuada pues se implementan los servicios necesarios a la población tale como servicio odontológico, medico, psiquiátrico, psicológico, pediátrico, nutricional y se cuenta con el servicio de una enfermera para cubrir cualquier emergencia durante las jornadas de trabajo.

Las adolescentes que se encuentran en el centro de privación de libertad son pertenecientes a las diferentes pandillas: pandilla 18, mara salva trucha y paisas, en las cuales han sido integrantes desde

edad temprana o de reciente ingreso, los delitos que han cometido las adolescentes varían entre extorción, portación de arma de fuego, asociación ilícita, asesinato, encubrimiento propio, traslado de municiones, robo, homicidio en grado de tentativa, exacciones intimidatorias, plagio y secuestro, parricidio, entre otras. Algunas adolescentes están sancionadas por más de un delito.

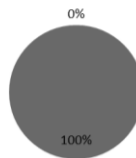
La conducta de algunas jóvenes dentro del centro es inadecuada pues en ocasiones no tan frecuentes participan de motines exigiendo algún beneficio que les es negado por el delito y sanción que deben cumplir, las adolescentes que tienen buen comportamiento son beneficiadas al participar en actividades fuera de los dormitorios ayudando en la limpieza, cocina, actividades manuales, asistencia al centro de artes, apoyo en guardería.

Resultados

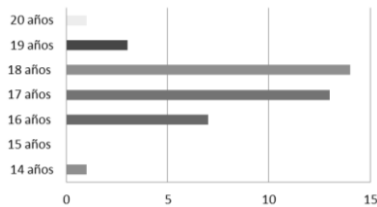
Los datos recolectados con la entrevista psicológica inicial junto con la base de datos del centro, permitió recopilar los datos de la muestra que se necesitaba para la investigación, conductas delictivas que cometieron, como los aspectos significativos que tuvieron las menores en el entorno social y familiar en el que se encontraban antes de ingresar a gorriones.

Gráfica 1. 40 Adolescentes Género

■ GENERO FEMENINO ■ GENERO MASCULINO



Gráfica 2. Edades

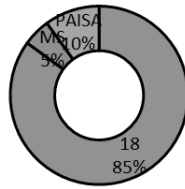


Gráfica 3. Escolaridad

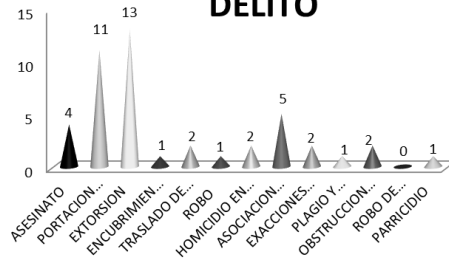
DIVERSIFICADO; 3 PRIMARIA; 5



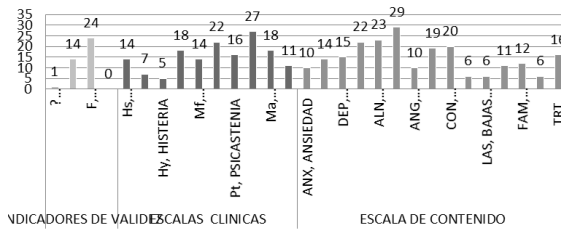
Gráfica 4. Pandilla



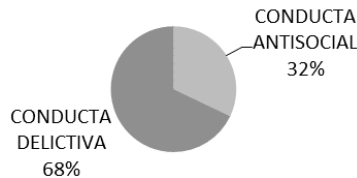
Gráfica 5. Delito
DELITO



Gráfica 6. MMPI-A



Gráfica 7. Cuestionario de conductas antisociales-delictivas



Discusión/Conclusiones

Se concluye que los rasgos de personalidad sí son influyentes en las conductas delictivas y/o antisociales.

El ambiente disfuncional familiar y social es predominante en las adolescentes que delinquen.

Los rasgos de personalidad encontrados orientan a problemas psicóticos (Esquizofrenia), detonantes para en conductas delictivas.

El consumo de sustancias psicoactivas es influyente en las adolescentes privadas para la ejecución de conductas delictivas.

La prevalencia de conductas Delictivas puede disminuir si el estado de Guatemala implementara un plan de acción en contra de las pandillas de manera adecuada.

Referencias

- Achaerandio, L. (2010). *Iniciación a la práctica de la investigación (7ª. ed.)*. Guatemala Universidad Rafael Landívar.
- Andújar, M. (2011). *Conductas antisociales en la adolescencia*. Tesis de Licenciatura. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/128866212/Adolescencia-Delictiva-Andujar-Martinez-Maria-Belen#scribd>
- Capara, D., y Cervone, G. (2000). *Personalidad: determinantes, dinámicas y potencialidades (1ª. ed.)*. USA: Cambridge University press S.L.
- Carlos, G. (2007). *Enciclopedia de la Enciclopedia*. España: Océano.
- Carrillo, S. (2010). *La personalidad infantil*. No15. España: Editex, S. A.
- Ches, S., y Thomas, A. (2010). *Temperamento teoría y práctica (1ª. ed.)*. USA: Brunner/Mazel; NY.
- Cloninger, S. (2009). *Teorías de la personalidad (3ª. ed.)*. México: Pearson.
- Coon, D. (2005). *Psicología (10ª. ed.)*. México: Cengage Learning.
- Díaz, L. (2008). *Rasgos de personalidad en niños únicos*. Tesis inédita. Universidad San Carlos de Guatemala. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2576.pdf
- Esperón, S. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente (1ª. ed.)*. Buenos Aires: Médica Panamericana, S.A.
- Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (6ª. ed.)*. México DF, México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A de C.v.
- Fernández, P. (2005). *Conductas antisociales en adolescentes factores de riesgo y protección*. Tesis inédita, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/12024/1/T28264.pdf>
- Halgin, R., y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anomalía: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos (5ª. ed.)*. México: McGraw Hill/Interamericana editores S.A. de C.V.
- Hernández, L. (2009). *Rasgos de personalidad que predicen desde la infancia fecha*. Disponible en: http://www.prensalibre.com/salud/salud-rasgos-personalidad-prediceninfancia-predisposicion-abuso-alcohol_0_395360713.html [consulta enero de 2014]
- Herrero, O., Colom, R., y Salas, A. (2000). *Adolescencia y conducta antisocial*. *Psicothema*. Disponible en: <http://adolescenciaantisocial.blogspot.com/2015/02/adolescencia-ycomportamiento.html> [consulta 24 de abril de 2014].44
- Kaplan, H., y Sadock, B. (2011). *Kaplan y Sadock sinopsis de la psiquiatría (8ª. ed.)*. Barcelona: Pearson.
- Martin, M. (2006). *La conducta antisocial un motivo de educación especial*. Espacio Logopédico. Disponible en: <http://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/1665/la-conducta-antisocial-unmotivo-de-educacion-especial-parte-ii.html>. [Consulta enero de 2014].
- Molina, K. (2008). Su personalidad. *Revista Amiga: primeros años de vida*.
- Océano, G. (2007). *Psicología para todos. Guía completa para el crecimiento personal*. Barcelona España: Océano.
- Palomo, C. (2003). *Rasgos de personalidad de los estudiantes de la Licenciatura en Psicología clínica*. Tesis Inédita .Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/-palomo.pdf>
- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano .Undécima edición*. México, D.F.: McGraw-Hill/ Interamericana editores, S.A.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la Adolescencia 4ª edición*. México, D.F.: McGraw-Hill/ Interamericana editores, S.A.
- Parellada, R., y Moreno, D. (2010). *Trastorno de la personalidad antisocial (3ª. ed.)*. España.
- Raine, A., y Mednick, S. (2006). *Personalidad (2ª. ed.)*. USA: Cambridge University Press.
- Rey, A. (2010). *Trastorno antisocial y disocial Evaluación, Tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescente. (4ª. ed.)*. Bogotá D.C. Colombia: Psicom S.A.
- Ribes, M. (2006). *Pedagogía terapéutica: Estrategias para la resolución de supuestos prácticos. Exámenes resueltos (1ª. ed.)*. España: Mad, S.L.
- Romeu, L. (2013). *Trastorno de la conducta antisocial*. Disponible en: <http://www.drromeu.net/trastornos-antisociales-de-la-conducta/45>
- Sadock, B., y Sadock, V. (2011). *Kaplan y Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica (5ª. ed.)*. España: Pearson Educación.
- Serbin, L., y Karp, J. (2009). *Desarrollo y Tratamiento de la conducta antisocial (1ª. ed.)*. USA: Psychology Press.

Weiten, W. (2006). *Psicología, Temas y Variaciones (6ª. ed.)*. México: Learning Editores.

Familia y estilos de aprendizaje

CAPÍTULO 15

El apego adulto de la madre como factor de transmisión generacional del estilo de afrontamiento en personas afectadas por acoso laboral

Laura Quiun Montes

Universidad Autónoma de Madrid

Introducción

En la actualidad, existe consenso acerca del rol de los factores organizacionales en la aparición y desarrollo del acoso laboral. Esta hipótesis ambiental, va en línea con el postulado inicial de Leymann (1996), quien indicaba que era la deficiencia en el diseño de trabajo, como el estilo de liderazgo, la exposición social de la víctima y la baja moral del departamento aquellos factores que se encontraban en sus orígenes, no la personalidad del afectado.

Para Leymann (1996) una respuesta de afrontamiento inefectiva por parte del agredido era aquello que introducía a la persona en esta dinámica. Esta de tipo pasivo y caracterizada por la rumiación (Baillien, Neyens, De-Witte, y DeCuyper, 2009), guarda relación con un aprendizaje adquirido en la infancia el cual se activa con el acoso laboral (Tehrani, 2011). Astrauskaite, Kern y Notaeleres (2014) aluden a la presencia de antecedentes familiares de humillación y no pertenencia como aspectos que hacen que las personas adquieran conductas compensatorias que con posterioridad reproducen en el entorno laboral ingresando de este modo en dinámicas víctima-agresor. Calvete, Fernández-González, González-Cabrera y Gámez-Guadix (2017), en un estudio referido a personas objeto de acoso escolar hallaron la presencia de antecedentes familiares de rechazo como factor que contribuye al desarrollo de esquemas de afrontamiento maladaptativos y la persistencia de la victimización a lo largo del tiempo.

Matthiesen y Einarsen (2007) encontraron una asociación negativa entre la competencia social de la persona objeto de mobbing y su grado de seguridad. Monks et al. (2009) identificaron la presencia de apego inseguro como un aspecto común entre las víctimas de distintos tipos de acoso. Situación que según Downey, Mougios, Aydu, London y Shoda (2004) está asociada a la experimentación de rechazo en la infancia, así como la presencia de un estilo de crianza caracterizado por la crítica, el sarcasmo y el autoritarismo (Finnegan, Hodges, y Perry, 1998), situaciones que conducen al desarrollo de expectativas de no aceptación por parte de personas importantes a nivel afectivo (Downey et al., 2004), activando cogniciones negativas y con ello un sistema de apego ansioso (Mikulincer, Shaver, y Pereg, 2003).

Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin (1995) hallaron relación entre estos factores, concretamente, el intrusismo, la sobreprotección, la crítica materna, la escasa calidez y la presencia de una respuesta rumiante. Mikulincer, Shaver y Pereg (2003) identificaron que este tipo de respuesta se activa cuando la persona con apego ansioso está frente situaciones que le resultan amenazantes. Situación que hace que la persona evite los estresores según estos autores, limitando de este modo sus opciones de afrontamiento al no explorar situaciones alternativas que le permitan contar con mayores recursos para poder elaborar una respuesta adecuada, del mismo modo que evita que busque apoyo en situaciones de estrés (Mikulincer, Shaver, Sapir-Lavid, y Avihou-Kanza, 2009). Dado que se muestran más reactivas e hipersensibles a los problemas que experimentan (Wei, Vogel, Ku, y Zakalik, 2005), y tienen una mayor preocupación por aquello que pueda dañar o aquello que pueda resultar injusto o impuro (Koleva et al., 2013).

Abaied y Rudolph (2010) en una investigación que vincula este tipo de apego y una respuesta rumiante, encontraron que las mujeres con apego inseguro activan esta respuesta en situaciones de estrés, la cual transmiten a sus hijos. Esta característica materna hace que tiendan a replegarse en sus vástagos

dejando al padre de lado en esta relación, situación que repercute negativamente en las habilidades de afrontamiento que estos puedan tener. Tomando en consideración estos resultados, se pretende replicar este estudio buscando encontrar una relación entre el estilo de apego materno y el de la persona afectada, la respuesta rumiante en la progenitora y del afectado, del mismo que explorar el sistema de relaciones existentes en la familia de origen del afectado.

Este estudio que presenta los resultados parciales de una investigación en la que se evaluó la influencia de los antecedentes familiares en el estilo de afrontamiento de las personas afectadas por acoso laboral, busca identificar la relación entre los antecedentes relacionales y la respuesta rumiante propia de los afectados por acoso laboral, buscando destacar del mismo modo la importancia que tienen las relaciones tempranas incluso en la edad adulta.

Método

Participantes

Se trata de una muestra incidental compuesta por 108 participantes que según los criterios del NAQ (Moreno, Rodríguez, Martínez, y Gálvez, 2007) han sido o son objeto de acoso laboral. La población tiene una media de edad de 46.75 años (dt.9.30) comprendida entre los 27 y los 66 años y es en su mayoría de origen español (82.40%). Se contó con una mayor participación de mujeres representando el 77.80% de la población, con un nivel de estudios superior (67.60%).

Instrumentos

Antecedentes sociodemográficos: se ha recogido información relativa al nivel educativo de las personas afectadas como de sus progenitora, así como la profesión del padre a través de una pregunta abierta la cual con posterioridad fue codificada. El criterio empleado para esta información se realizó tomando en cuenta el nivel educativo necesario para ejercerla.

NAQ-Cuestionario de acciones negativas en el trabajo (Versión española Moreno, Rodríguez, Martínez, y Gálvez, 2007) se empleó la versión reducida en español que consta de 14 ítems la cual ha sido validada al español en una población de 352 trabajadores con coeficiente de fiabilidad global de .85 para las personas afectadas y .89 para el resto de trabajadores. Moreno, Rodríguez, Martínez y Gálvez (2007) incluyen en esta versión, que mide con una escala Likert de 1 a 5 la periodicidad de las conductas y las diferencias en acoso laboral y acoso personal. En esta investigación la fiabilidad de la escala global fue de .95 (.84 acoso laboral y .86 acoso personal).

Escala de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008), compuesta por cuatro dimensiones: estilo de apego seguro, preocupado, alejado y temeroso hostil. Creada y validada para medir el estilo de apego de la población española, se emplearon únicamente siete ítems de la escala de apego preocupado que describen baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. Estos se evalúan a través de una escala Likert de 1 a 6 que mide el grado de conformidad con las afirmaciones que describen situaciones que permiten identificar el estilo de apego. El valor del Alfa de Cronbach para las respuestas relativas a la madre es de .89, y de .80 para la referida al afectado.

Escala de respuesta rumiante (Trenor, González, y Nolen-Hoeksema, 2003), se apoya en el modelo teórico de estilo de respuesta de Nolen-Hoeksema (1991). Para esta autora la rumiación depresiva es una estrategia de afrontamiento caracterizada por la respuesta desmesurada hacia uno mismo a partir del pensamiento negativo. La escala mide tres aspectos: la autoreflexión, la rumiación y el pensamiento negativo. El listado original cuenta con 22 ítems validado por sus autores con un Alfa de Cronbach de .90 para toda la escala, de .72 para la dimensión de reflexión, .77 para la reflexión y .92 para el pensamiento negativo. A partir de la valoración de 1 a 6 de las distintas proposiciones facilitadas a los participantes, se halló un Alfa de Cronbach para la escala global que mide la respuesta de la persona afectada de .91 (74 reflexión, .81 rumiación y .85 pensamiento negativo del afectado), y para las

respuestas referidas a la madre de un .92 para la escala global (.82 para la reflexión, .85 para la rumiación y .82 para el pensamiento negativo).

Calidez (Ad hoc): escala de seis adjetivos producto de un estudio previo en el que se pidió a los participantes que evaluaran ¿cómo eran las mujeres de la familia? Para el análisis de estos resultados se tomaron como referencia aspectos propios de la teoría fundamentada, como es el agruparlos en categorías comunes, generar una definición de cada una de las respuestas obtenidas y finalmente desarrollar la escala que los contenga. Se empleó una escala Likert que media de 1 a 3 el grado de presencia de estos adjetivos. Es la primera vez que se aplica y el valor de Alfa de Cronbach obtenido fue de .92.

Escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar (Rivero, Martínez-Pampliega, y Olson, 2010): evalúa el funcionamiento familiar, consta de dos dimensiones. La cohesión, que mide la relación afectiva entre los miembros del sistema familiar y la adaptabilidad que describe la habilidad de cambio del grupo familiar, está asociada a la disciplina, roles en el sistema familiar y el sistema de reglas presente. El Alfa de Cronbach para la adaptación española es de .87. En esta investigación se empleó la versión cuatro de esta prueba y cuatro ítems de cuatro de las cuatro subescalas que la componen, el Alfa de Cronbach obtenido fue de .81 (.88 para cohesión, .79 para el apego, .78 flexibilidad y .89 para la rigidez), resultados superiores a los obtenidos en la versión española (.77 para cohesión, .74 para el apego, .77 flexibilidad y .70 para la rigidez). La escala Likert empleada mide de 1 a 5 el grado de conformidad con los enunciados, los dos primeros números número corresponden a la no conformidad, el tres la indecisión y los dos últimos al acuerdo con los mismos.

Procedimiento

Se trata de una investigación de tipo transversal, retrospectiva, de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional. Los datos se recogieron en distintas oleadas a lo largo del año 2013 de forma presencial, telefónica y a través de las redes sociales. Se realizaron distintos llamamientos, del mismo modo que se contó con la colaboración de asociaciones y profesionales que tenían contacto con las personas afectadas. Se recogió la información en un único momento, solicitando a los participantes que respondieran aquellos aspectos que podían describirles a ellos y a sus progenitoras.

Análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS 22.00 para el análisis de datos. Para el tratamiento de los datos perdidos se empleó el método de imputación múltiple dado que permiten mantener los datos originales al mismo tiempo que generar nuevos conjuntos de datos tomando en cuenta el total de las respuestas, lo cual garantiza una independencia entre la respuesta obtenida y la analizada (Van-Buuren, 2012). El análisis de la información obtenida se realizó tomando en cuenta las directrices de Graham (2012) y permitió apreciar que la pérdida de datos se encontraba condicionada moderadamente, tratándose por ello de un mecanismo NMAR. El porcentaje de datos perdidos del conjunto de datos es de 18.19% por lo que se crearon únicamente cinco conjuntos de datos (Collin, Schafer, y Kam, 2001). Siguiéndose de este modo las pautas proporcionadas por Rubin (1976) una vez obtenidos los nuevos conjuntos de datos se procedió a su promedio, trabajando únicamente con este producto final.

Se tomaron en cuenta las indicaciones de Treynor, González y Nolen-Hoeksema (2003) respecto al análisis de la escala de rumiación, analizando de forma independiente cada una de las dimensiones estudiadas, realizándolo a su vez con la escala total. El análisis de subescalas de manera independiente fue un procedimiento que se empleó también en el análisis del acoso laboral y el acoso personal como variables independientes, así como con las otras cuatro subescalas que componen la escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar. Esto no fue necesario en el caso de la dimensión de apego analizada y la variable calidez.

Se empleó un análisis de correlaciones para conocer las relaciones presentes entre las variables, análisis de regresión múltiple para conocer el rol de las múltiples influencias en una variable y análisis de mediación múltiple para acceder a una relación causal teórica entre las variables estudiadas. Tomando en consideración que muchas veces los fenómenos analizados operan a través de mecanismos múltiples (Hayes, 2013) se exploró esta posibilidad, empleando para este análisis el de bootstrap debido a que los resultados que aporta a diferencia de los métodos tradicionales, cuentan con mayor fiabilidad. Para efectuarlo se empleó PROCESS, macro facilitado por Preacher y Hayes (2008) que permite realizar este análisis, el cual se implementó en el SPSS.

Resultados

Se pretendía encontrar relación entre el estilo de apego de la persona afectada y el de su progenitora, entre ambos y una respuesta rumiante compuesta por reflexión, rumiación propiamente dicha y la presencia de pensamiento negativo como estilo de afrontamiento. Los resultados muestran la presencia de una relación entre el estilo de apego de la persona afectada y el de su progenitora. Las puntuaciones proporcionadas por los participantes para la escala de apego, muestran que estos no se sienten del todo identificados con los enunciados ni ven que se ajusten del todo al estilo de apego de sus progenitoras. Confirmándose por ello la hipótesis mantenida de forma parcial.

Para conocer las características asociadas al estilo de apego del afectado y de su progenitora se revisaron las relaciones con las cuatro dimensiones de la escala de adaptabilidad y cohesión familiar, y la variable calidez, tal como puede verse en la tabla 1. Estos resultados muestran que la persona afectada por acoso laboral cuenta con un estilo de apego asociado a la presencia de rigidez de normas en el sistema familiar de origen, lo cual se traduce en el temor al castigo ante cualquier falta o error que pueda cometer. En el caso de la madre, su estilo de apego está asociado de forma negativa con la cohesión y la flexibilidad presentes en la familia, de lo cual se puede concluir que existían menos interacciones positivas, dado que la cohesión es la variable que describe la presencia de apoyo e interacciones constructivas, así como poca habilidad en la gestión de conflictos, aspecto que comprende la variable flexibilidad. Evidenciándose la presencia de menor expresión emocional en las interacciones a partir de las relaciones negativas existentes con la variable calidez. Estos resultan acordes a los antecedentes de la respuesta rumiante identificados por Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin en 1995.

Se aprecia relación entre estilo de apego y afrontamiento, la cual está presente tanto entre el estilo de apego de la madre, el del afectado y la respuesta rumiante de ambos a nivel global. Al realizar un análisis específico se puede apreciar que esta asociación está presente únicamente en las dimensiones referidas a reflexión y pensamiento negativo del afectado.

Para cuantificar las características de esta asociación se realizaron modelos de regresión múltiple con la escala global de rumiación y sus tres dimensiones como variable criterio (ver tabla 2). De todos ellos, el modelo que explica el pensamiento negativo es aquel que mejor lo hace con un 44,3% de la varianza. Los antecedentes familiares a nivel sociodemográfico como de relación (apego de la madre, calidez y relaciones del sistema familiar) consiguen explicar el modelo en un 20,4% de la varianza, contribuyendo la presencia del estilo de apego del afectado a obtener una mejor explicación. Resulta destacable la significación que alcanza el nivel de estudios del afectado en los modelos que explican la variable global, la rumiación y el pensamiento negativo, y que esta se pierda al incluir en el modelo el apego del afectado. Del mismo modo que la ausencia de significación del nivel de estudios del afectado en el modelo que explica la reflexión. De todas las variables independientes, el apego del afectado, es el único valor con significancia entre todas los elementos analizados al interior de los cuatro modelos, siendo un aspecto a tomar en consideración el nivel de significación que alcanza el apego de la madre en la explicación del modelo del pensamiento negativo del afectado que puede apreciarse en las notas de la tabla 2. El acoso laboral ni personal contribuye a la explicación, no aportando más información a ninguno de los modelos.

Tomando en cuenta esta información, se procedió a realizar un modelo de mediación múltiple con la intención de poder acceder a un modelo teórico de explicación causal. Los resultados obtenidos identifican la presencia de relación causal entre el estilo de apego de la madre y el pensamiento negativo del afectado, relación que está mediada por el estilo de apego del afectado y su respuesta rumiante (ver tabla 3 y gráfico 1).

Tabla 1. Media (M), Desviación estándar (DE), Consistencias interna (Alfa de Cronbach) y correlaciones de variables de estudio

	M	DE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
RG	3,8	1,3																
R	3,8	1,2	,87**															
Rf	4,0	1,4	,82**	,66**														
PNg	3,5	1,5	,85**	,67**	,60**													
AM	2,6	1,4	,22*	,18*	,29**	,27**												
RM	2,5	1,3	,24*	,16	,24*	,28**	,58**											
RfM	2,1	1,3	,22*	,14	,27**	,23*	,44**	,63**										
PNgM	2,4	1,4	,28**	,21*	,29**	,31**	,61**	,72**	,73**									
CM	2,3	0,8	,21*	-,16	-,19	-,28**	,41**	,33**	-,20*	-,33**								
Ch	4,0	1,1	-,12	-,03	-,22	-,14	,31**	,33**	-,12	-,26**	,22*							
Rg	3,1	1,2	,11	,17	,11	,09	,24*	,19	,07	,15	-,09	-,03						
ApA	2,5	1,0	,10	,15	,05	,12	,12	,04	,01	,09	-,07	,34**	,41**					
Fx	2,7	1,2	-,10	,02	-,19*	-,12	-,26**	-,23*	-,03	-,17	,23*	,58**	-,13	,1				
ApA	3,0	1,2	,49**	,4**	,37**	,57**	,54**	,36**	,25*	,38**	-,25*	-,19	,17	,05	-,01			
AL	2,9	0,9	,21*	,2*	,2*	,18	,03	,07	,00	,07	,06	,00	-,04	-,10	0,1	,16		
AP	3,6	1,1	,14	,15	,13	,11	,08	,11	,08	,15	-,12	,11	-,09	-,06	,07	,08	,73**	

Alfa de Cronbach en la diagonal * < p.05** < p.01

RG=Rumiación Global/R=Rumiación/Rf=Reflexión/PNg=Pensamiento negativo/AM=Apego materno/RM=Rumiación madre/RfM=Reflexión madre/PNgM=Pensamiento Negativo materno/CM=Calidez materna/Ch=Cohesión/Rg=Rigidez/ApA=Apego afectado/AL=Acoso laboral/AP=Acoso personal

Tabla 2. Análisis de regresión múltiple tomando en cuenta la escala de rumiación global y dimensiones de rumiación, reflexión y pensamiento negativo como variables criterio

Pasos y Variables	Escala Rumiación Global		Rumia ción	Reflexión	Pensami ento Negativo	B														
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	Pas o 1	Pas Pas o 2	Pas Pas o 3	Pas Pas o 4	Pas Pas o 5	Pas Pas o 1	Pas Pas o 2	Pas Pas o 3	Pas Pas o 4	Pas Pas o 5	Paso 1	Pas Pas o 2	Pas Pas o 3	Pas Pas o 4	Pas Pas o 5
EA	-,25*	-,23*	-,23*	-,16	-,13	-,30*	-,30*	-,28*	-,23*	-,20(* **)	-,11	-,15	-,16	-,12	-,07	-,23*	-,22*	-,23*	-,14	-,12
EM	,12	,10	,10	,13	,10	,11	,09	,08	,11	,08	,09	,05	,06	,08	,04	,14	,13	,12	,16	,14
PP	-,07	-,07	-,07	-,05	-,02	-,02	-,01	-,01	,01	,04	-,09	-,11	-,11	-,09	-,06	-,08	-,08	-,07	-,04	-,03
AM		,06	,04	-,22	-,22		,08	,06	-,13	-,14		,18	,14	-,01	-,01		,08	,07	,24(* **)	-,24(* *)
CM		-,13	-,12	-,10	-,11		-,11	-,12	-,10	-,10		-,08	-,05	-,04	-,06		-,19	-,17	-,15	-,16
RM		,02	,01	,01	-,01		-,03	-,03	-,03	-,05		-,05	-,10	-,10	-,12		,05	,04	,04	,03
RfM		,05	,07	,10	,12		-,01	-,01	,02	,04		,16	,22	,02	,26		,00	,02	,06	,07
PNgM		,13	,11	,06	,05		,12	,12	,07	,06		,06	,04	,01	-,01		,14	,13	,06	,06
Ch			-,02	,00	-,01			,03	,05	-,03			-,09	-,07	-,08			-,03	,00	,00
Fx			-,05	-,14	-,15			,00	-,07	-,08			-,12	-,18	-,19			-,06	-,16	-,17
Rg			,00	-,03	-,03			,07	,04	,05			,01	-,01	,00			-,05	-,08	-,08
ApF			,05	,09	,11			,05	,07	,10			,03	,05	,09			,08	,12	,13
ApA				,52**	,50**				,39*	,38**				,30*	,28*				,61**	,60*
AL					,34					,08					,18					,10
AP					,84					,04					-,03					-,04
R2	,07(*)	,16*	,17	,34**	,35**	,09*	,15*	,16	,25*	,26*	,04	,16*	,19(** **)	,24*	,24*	,07(** **)	,20*	,20*	,44**	,44**

Nota: (*****) p=.061; (****) p=.058; (***) p=.056; (**) p=.053; (*) p=.051; * < .05** < p.00

EA.= Estudios afectado / EM=Estudios madre//PP=Profesión padre/AM=Apego madre/ CM=Calidez madre/ RM=Rumiación madre/ RfM=Reflexión madre/ PngM=Pensamiento negativo madre/ Ch=Cohesión/Fx=Flexibilidad/Rg=Rigidez/AF=Apego familia/ ApA=Apego afectado/AL=Acoso laboral/AP=Acoso Personal.

Tabla 3. Coeficientes de regresión, errores estándar y resumen del modelo de regresión en serie

Variables	Consecuencia																	
	M1(Apego Afectado)						M2Rumiación Afectado						Y(Pensamiento negativo Afectado)					
	Coe f	S E	p	95% CI		p	Coe ef	S E	p	95% CI		Coe ef	S E	p	95% CI			
Baj o				Alt o	Baj o					Alt o	Baj o				Alt o			
Antecedente																		
X(Apego Madre)	a	,47	,1	,00	,26	,69	a	-	,1	,3	-	,13	a	-	,0	,2	-	,08
M1(Apego Afectado)	-	-	-	-	-	-	d	,42	,1	,0	,21	,64	b	,31	,0	,0	,20	,53
M2 (Rumiación Afectado)							-	-	-	-	-	-	b	,52	,0	,0	,38	,66
	R2=0,54						R2=,17						R2=57					
	F(14,60)=,72, p=,00						F(5,40)=,86, p=,00						F(27,25)=,45, p=,00					

CI= Intervalo de confianza /* < .05** < p.00

Limitaciones

El empleo de autoinforme así como la recogida retrospectiva de información referida a la madre. La ausencia de un grupo de control que permita definir los aspectos estudiados como propios de la población objeto de estudio.

Discusión/Conclusiones

Los resultados si bien no consiguen confirmar del todo la hipótesis propuesta, dado que no terminan de circunscribir el estilo de apego presente entre los entrevistados y el de sus progenitoras como uno de tipo ansioso según la escala empleada, si resultan de interés porque confirman la relación existente entre ambos y el estilo de afrontamiento. El apego del afectado a partir de la relación con las variables familiares describe expectativa de castigo ante cualquier posible falta, en tanto que la asociación entre estos y el apego de la madre describe antecedentes de poca habilidad para la gestión de conflictos, bajo nivel de apoyo social y una escasa expresión afectiva. Este marco contextual según Ingram y Ritter (2000) facilita la presencia de cogniciones negativas, situación que actúa como sesgo a nivel de evaluación de situaciones estresantes constituyendo un elemento de vulnerabilidad en la población entrevistada, al mismo tiempo que describe un entorno que facilita el aprendizaje de respuestas de afrontamiento inefectiva, situación que confirman los resultados del análisis de mediación.

Se aprecia a su vez que si bien la madre influye en la trasmisión del estilo de afrontamiento, se puede deducir que la presencia del padre es un aspecto que modera este proceso de trasmisión si se toma en consideración la mayor presencia de un componente de reflexión entre las personas afectadas. Aspecto que resulta de importancia dado que es un factor facilitador del desarrollo de habilidades de resiliencia. El nivel educativo, otro aspecto a tomar en consideración en la configuración de la respuesta de afrontamiento dadas las relaciones encontradas que describirían una respuesta de afrontamiento maladaptativa cuando este es escaso.

Estos resultados apoyan la importancia de trabajar en torno al estilo de apego de las progenitoras dada la implicancia que tiene en el sistema de relaciones familiares y en el proceso de socialización de la respuesta de afrontamiento.

Referencias

- Abaised, J.L., y Rudolph, K.D. (2010). Contributions of maternal adult attachment to socialization of coping. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(5), 637-657. DOI: 10.1177/0265407510368966.
- Astrauskaite, M., Kern, R.M., y Notelaers, G. (2014). An individual psychology approach to underlying factors of workplace bullying. *The Journal of Individual Psychology*, 70(3), 220-244.
- Baillien, E., Neyens, I., DeWitte, H., y DeCuyper, N. (2009). A qualitative study on the development of workplace bullying: Towards a three way model. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19(1)1-16. DOI: 10.1002/casp.977.
- Calvete, E., Fernández-González, L., González-Cabrera, J.M., y Gámez-Guadix, M. (2017). Continued bullying victimization in adolescents: maladaptive schemas as a mediational mechanism. *Journal of youth and adolescence*, 1-11. DOI: 10.1007/s10964-017-0677-5.
- Collins, L.M., Schafer, J.L., y Kam, C.M. (2001). A comparison of inclusive and restrictive strategies in modern missing data procedures. *Psychological Methods*, 6(4), 330-351.
- Downey, G., Mougios, V., Ayduk, O., London, B.E., y Shoda, Y. (2004). Rejection sensitivity and the defensive motivational system: Insights from the startle response to rejection cues. *Psychological Science*, 15(10), 668-673. DOI:10.1111/j.0956-7976.2004.00738.x.
- Finnegan, R.A., Hodges, E.V.E., y Perry, D.G. (1998). Victimization by peers: Associations with children's reports of mother-child interaction. *Journal of personality and social psychology*, 75(4), 1076-1086.
- Graham, J.W. (2012). *Missing data: Analysis and design*. Nueva York: Springer Science & Business Media.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Ingram, R.E., y Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 588-596. DOI: 10.1037//0021-843X.109.4.588.
- Koleva, S., Selterman, D., Iyer, R., Ditto, P., y Graham, J. (2013). The moral compass of insecurity anxious and avoidant attachment predict moral judgment. *Social Psychological and Personality Science*, 5(2), 185-194.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. DOI: 10.1080/13594329608414853.
- Matthiesen, S.B., y Einarsen, S. (2007). Perpetrators and targets of bullying at work: Role stress and individual differences. *Violence and Victims*, 22(6), 735-753.
- Melero, R., y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-87.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., Sapir-Lavid, Y., y Avihou-Kanza, N. (2009). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? the secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of personality and social psychology*, 97(4):615-633. DOI: 10.1037/a0015649.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., y Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102. DOI: 10.1023/A:1024515519160.
- Monks, C., Smith, P., Naylor, P., Barter, C., Ireland, J.L., y Coyne, I. (2009). Bullying in different contexts: Commonalities, differences and the role of theory. *Aggression and Violent Behavior*, 14(2), 146-156. DOI: 10.1016/j.avb.2009.01.004.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Martínez-Gamarrá, M., y Gálvez-Herrer, M. (2007). Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the negative acts questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 449-457.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D., y Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 377-387.
- Preacher, K.J., y Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. DOI: doi:10.3758/BRM.40.3.879.
- Rivero, N., Martínez-Pampliega, A., y Olson, D. H. (2010). Spanish adaptation of the FACES IV questionnaire: Psychometric characteristics. *The Family Journal*, 18(3), 288-296. DOI: 10.1177/1066480710372084.
- Rubin, D. B. (1976). Inference and missing data. *Biometrika*, 63(3), 581-592.
- Tehrani N. (2011). Workplace bullying: The role for counselling. En: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, y C.L. Cooper (Eds). *Bullying and harassment in the workplace* (pp.381-396). Miami: CRC Press Taylor and Francis.

Treynor, W., Gonzalez, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.

Van-Buuren, S. (2012). *Flexible imputation of missing data*. Florida, Boca Ratón: CRC press.

Wei, M., Vogel, D.L., Ku, T.Y., y Zakalik, R.A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 14-24.

CAPÍTULO 16

Comparación entre la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Universidad Autónoma de Baja California Sur (UABCS) a partir de la tipología jungiana y su aporte a la orientación educativa

Hilda Beatriz Salmerón García
Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

El autoconocimiento es un factor importante en la orientación en los jóvenes de las universidades aquí estudiadas UABCS y UNAM. No sólo se ven beneficiados los alumnos sino las Universidades pues habrá menos deserción y los sujetos estarán en la carrera que hayan elegido de manera amplia y consciente.

Los primeros trabajos de rasgos y factores fue atribuido a Parsons (1909, citado en Nava, 2000), a Super (Nava, 2000) quienes suponen que las personas difieren de sus habilidades, intereses y personalidad; cada persona está calificada, de acuerdo a sus habilidades, a diversas ocupaciones. Desde Holland (1981) se trabaja con tipos de personalidad y características en los ambientes laborales.

Existen investigaciones centradas en los rasgos de personalidad y estilos de respuesta. Específicamente, se encontraron más estudios sobre los tipos de personalidad y su relación con la elección de carrera o con los estilos de aprendizaje y con las profesiones y selección de personal, asociación de estilos cognitivos y validación de la escala MBTI (Amezga, 2015; Bayne, 1990; Bitran, Brownfield, Buboltz, y Johnson, 2001; Chacón-Méndez y Piedra-Arce, 2013; Clarck, 1998; Cauvin y Cailloux, 1997; De-Moraes, Ilmara, y Primi, 2002; Didier, 2014; Edwards, Lanning, y Hooker, 2002; Furnhan, 1996; Guerrero, 1997; Hirsh y Kummerow, 1998; Kelley, 1993; King, 1999; Keirse, 1999; Krebs y Kummerow, 2001; McCrae, 2004, citado en Nava, 2009; Mandiola, Prat, y Pulido, 1995; McCrae y Paul, 1989; Moutafi, Furnham, y Crump, 2003; Parr y Neimeyer, 1992; Pratt, 1981; Robyak y Downey, 1978; Wallick y Cambre, 1999; Tieger y Barrón, 1992; Vargas, 2008; Wandberg, 1992; Walter, Buboltz, y Thomas, 2000; Vargas, 2008).

Un tema que ha surgido como preocupación en algunos países desarrollados (OECD, 2004) es la elección de carreras de los individuos. Se espera que estos programas contribuyan a los objetivos de lograr un sistema educativo más eficiente, contribuir a mejorar el desempeño del mercado laboral, y ayudar a mejorar la equidad social.

Objetivo

Lo cual es de sumo interés en la presente investigación que tiene como objetivos:

I. Describir las características académicas y sociodemográficas de la muestra (Universidad, área académica, sexo, edad, promedio, ejerce la profesión, años de egreso).

II. Observar si hay diferencias en los temperamentos, tipos o funciones entre los alumnos de la UABCS y de la UNAM.

III. Conocer las funciones, los tipos y temperamentos que existen en las dos universidades y su distribución.

Se elaboraron veintitrés hipótesis de Investigación dada la asociación de variables, mismas que iremos desarrollando a lo largo del escrito.

Método

Participantes

En este estudio participaron 581 sujetos, 418 de la UNAM y 163 de la UABCS.

Participaron alumnos y profesionales egresados que quisieron colaborar en la investigación.

Instrumentos

Para la evaluación de los tipos psicológicos se utilizó el cuestionario de Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), consta de 96 preguntas, las ocho preferencias a evaluar son: Extroversión (E), Introversión (I) 0.78, Intuición (N), Sensación (S), Pensamiento .90 (T), Sentimiento (F), .86 Juicio (J) y Percepción (P) .88 De estas escalas, obtenemos 16 tipos que se agrupan a su vez en cuatro temperamentos: Epimeteo, Prometeo, Dionisio y Apolo. Su aplicación dura 20 minutos.

Procedimiento

Debido al número elevado de alumnos que conforman la UNAM y la UABCS, se decidió trabajar con una muestra. La muestra se ajustó a lo largo de 8 meses, (de junio del 2015 a febrero del 2016) se entrevistó a los alumnos y egresados de las carreras y se les solicitó su participación en el estudio. Esto se realizó tanto en la UABCS como en la UNAM. De acuerdo con la división de carreras por área académica de la UNAM se obtuvieron cuatro grupos. Las áreas de la UABCS fueron tres como se observa en la Tabla 1

Tabla 1. Diseño de investigación tomado de Méndez (2000)

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
G1 O1 Área 1: Ciencias Físico Matemáticas y de las Ingenierías.
G2 O1 Área 2: Ciencias Biológicas y de la Salud.
G3 O1 Área 3: Ciencias Sociales.
G4 O1 Área 4: Humanidades y Artes.
Universidad Autónoma de Baja California Sur (UABCS)
G5 O1 Área 5: Ciencias Sociales y Humanidades.
G6 O1 Área 6: Ciencias del Mar.
G7 O1 Área 7: Ciencias Agropecuarias.
Donde:
O1: Observación (aplicación del cuestionario MBTI)
G: Áreas Académicas

Análisis de datos

Tipo de estudio

Se trata de una investigación sobre psicología educativa, se utiliza el enfoque de rasgos y se evalúa la personalidad de los sujetos que se encuentran en las diferentes áreas académicas de las universidades.

Este fue estudio ex post facto, pues no hay variables independientes que manipular (Kerlinger, 2000).

Las variables a evaluar son los rasgos de personalidad obtenidos mediante la prueba de Myer Briggs, la carrera estudiada y variables sociodemográficas (sexo, edad, promedio académico, ejercicio de la profesión, años de egreso). Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal, comparativo y descriptivo. Méndez (2000).

Se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para analizar los datos.

La χ^2 chi cuadrada de Pearson, que tiene como requisito que haya 6 sujetos en cada casilla. Se empleó para conocer si los porcentajes son o no significativos. Lo mismo aplica para el sexo en las diferentes universidades, sexo y área académica, sexo y temperamento, ejercicio de la profesión, sexo y función y todo eso por universidad. También se valoró el tipo psicológico (15) y la institución (2).

Para el comparativo entre mujeres y hombres para años de egreso, promedio académico y puntuación de las funciones, se utilizó media, desviación típica y la prueba t para muestras independientes, igual

para la comparación entre institución, años de egreso, promedio académico y puntuación de las funciones.

Se empleó la Prueba Levene para igualdad de varianzas y la Prueba t para igualdad de medias a fin de conocer si es significativo el ejercicio de la profesión. La correlación de Pearson permitió el manejo de los puntajes directos y diferencias con edad.

Resultados

El rango de edad de los participantes fue de 18 años el mínimo y 75 años el máximo, con una moda de 26 años, media de 34. Los años de egreso, la moda 2015, con desviación estándar de 9.26, el rango mínimo es de 0 años de haber concluido la carrera y de 50 años el rango máximo.

Para la UNAM se obtuvo un 51.6% de mujeres y 48.4% de hombres. Sin embargo, en la UABCS son más los hombres (60%) que las mujeres (40%). Al respecto, se ha señalado que en la UNAM la matrícula tiende a “feminizarse”; situación urbana que en Baja California Sur no se da, ya que de las 22 carreras que tiene, muchas comprenden a las ingenierías y a las agronomías y en los estados la apertura de las mujeres a otras carreras y oficios no es tan amplia como en la capital del país.

Se observó la relación entre áreas académicas y personalidad en dos universidades de acuerdo a la tipología jungiana con 16 tipos y cuatro temperamentos y se asociaron variables como: sexo, edad, promedio académico, ejercicio de la profesión, años de egreso. Se comprueban las hipótesis 1 y 2 relativas a las descripciones de las diferencias en cuanto a instituciones por sexo, funciones, tipos y temperamentos.

Se confirma la hipótesis 3 relativa a género, funciones, tipos y los temperamentos asociados a variables sociodemográficas (edad, promedio, universidad, área académica, ejercicio de la profesión y años de egreso).

La mayoría de las hipótesis fueron aceptadas excepto la 17, que trata sobre las diferencias entre el tipo e institución, ya que al no haber todos los tipos en todas las carreras no se cumplió con el requisito mínimo de tener seis sujetos en cada casilla y fue imposible hablar de ello.

Tampoco se acepta la hipótesis 18 sobre la existencia de diferencias entre el ejercicio de la profesión y el promedio. No se encontraron.

La hipótesis 20 respecto a las diferencias para el ejercicio de la profesión se confirma sólo en intuición y juicio, no en las demás funciones.

De igual forma, la hipótesis 23, no se aprueba para todas las funciones. El puntaje evidentemente baja para T y F (pensamiento y sentimiento) conforme aumenta la edad, pero J y P contrariamente, suben. Esto es, mientras que el sujeto se hace mayor, también se vuelve más rígido o más disperso.

En la muestra de Bublotz et al. (2001) les resultó: 47.2% de extrovertidos, 54.2% de juicio, 46.2% de sensación y 44.1% de pensamiento y en cuanto a tipos les apareció que el mayor porcentaje se ubica en el tipo ENFP, con el 9.15% (39), seguido del ENTP 8.69% (37), y el INFP, ISFJ e ISTJ con 8.45% (36) y el menor porcentaje se encontró en los tipos; ESTP con 2.12% (7) y ESFP con 2.82% (12).

Los datos anteriores son diferentes de nuestra muestra, sólo indican que son alumnos pregraduados pero no se especifican las áreas, ya que su objetivo era contrastar el MBTI con el inventario de intereses de Strong. Mientras que en nuestra muestra los más frecuentes fueron ESTJ con 29.1%, ISTJ con 26.7%, ENTJ con 9% e INTJ con 6.7%.

En cambio, se coincide con los resultados de Bitran et al. (2003) en Chile, que encontraron que el 55% se concentra en cuatro de los 16 tipos psicológicos descritos, estos son los tipos ISTJ (19%9), ESTJ (14%), INTJ (11%) y ENTJ (11%), quienes se caracterizan por su marcada capacidad analítica y resolutive, por lo que son llamados “ejecutivos”.

La muestra aquí analizada difiere, en las funciones, de la estudiada Bitran (2003), pues encontraron igual porcentaje en las funciones de Extroversión (E) e Introversión (I), lo mismo en el caso de la

percepción de la información (S-N), pero, en lo que respecta a la toma de decisiones (T-F) y la postura frente a la vida (J-P), la distribución es desigual.

Sin embargo, en T-F se encontró que el 72% utiliza el pensamiento (T), caracterizado por el análisis lógico, objetivo e imparcial. Por otra parte, en lo que respecta a J-P, el 73% de los alumnos reporta una orientación de juicio (J), que define una postura estructurada y decidida frente a la vida, así encontraron que el par de preferencias T-J caracteriza a los alumnos estudiados. Muy similar a los resultados aquí encontrados. Lo mismo para el uso de la función F (sentimiento) se da en mujeres más que en hombres.

Sus resultados confirmaron que los estudiantes con tipos TJ se motivan con actividades académicas bien organizadas y con reflexiones acerca del “por qué”, señalando una aproximación sistemática y metódica al estudio. Suelen ser autoexigentes, competitivos e independientes y tienen alta autoestima académica. Valoran en sus profesores el conocimiento, la imparcialidad y la argumentación lógica, lo cual bien se podría aplicar a la muestra aquí estudiada. Y en su investigación ellos encontraron semejanzas entre chilenos, ingleses y estadounidenses.

El tipo más frecuente en nuestra muestra fue el ESTJ. Bitran (2004) llega a resultados similares con los alumnos de medicina de Chile. Supone que: “La dimensión psicológica más asociada con la elección de carrera es la percepción de la información (S-N). Los tipos sensoriales se interesan por carreras como medicina e ingeniería, que tienen actividades organizadas y sistemáticas, donde el plan de trabajo es claro y existe una retroalimentación constante con la realidad. Los tipos intuitivos en cambio, prefieren actividades que les permitan innovar y estar siempre abiertos a nuevas posibilidades. Para ellas, estos resultados relacionados con los diferentes estudios de E.U e Inglaterra confirman la teoría jungiana que postula que las preferencias psicológicas son universales y no están determinadas por contextos culturales.

También ellos encontraron en los alumnos con interés artístico más tipos con sentimiento, mientras que en el área para el presente estudio, se obtuvieron tipos muy variados.

Para nosotros, hay más introvertidos en la UABCS que en la UNAM, y hay mayor porcentaje en la UABCS de S (Sensación) que de N (Intuición). Todas las áreas favorecen al pensamiento. Tanto en hombres o en mujeres fue significativa la función T. Las mujeres utilizan más la función J (juicio) que los hombres.

Los tipos más comunes son el ESTJ y el ISTJ, que corresponden al temperamento Epimeteo, luego están ENTJ e INTJ; que corresponden al temperamento Prometeo. Las funciones más comunes fueron N (intuición) en hombres y S (sensación) en mujeres, P (percepción) en hombres y J (juicio) para mujeres. Hay más mujeres de temperamento Epimeteo, y Apolo mientras que Prometeo y Dionisio pertenecen a los hombres. Ese orden se conserva en las áreas.

No se encontró el temperamento Apolo en Ciencias Sociales de la UNAM como tampoco en Ciencias Agropecuarias de la UABCS. Lo anterior confirma Hipótesis 6. Habrá diferencias por género y por funciones (extroversión, introversión, sensación, intuición, pensamiento, sentimiento, juicio, percepción) e Hipótesis 7. Existirá diferencia por género y temperamento. No hay tipos significativos en ninguna de las universidades. Sin embargo, en el área de Ciencias Sociales hay más diversidad.

Hay más hombres en la UABCS, excepto en Ciencias Sociales, sí hay diferencia en promedios y las universidades, es más alto en la UABCS que en la UNAM.

Hay diferencias estadísticamente significativas entre ejercer o no la carrera y los años de egreso. Lo mismo sucede para la función de N (intuición), de J (juicio) y P (percepción) entre quienes ejercen su carrera. Hipótesis 19. Existirán diferencias entre el ejercicio de la profesión y los años de egreso.

Para el ejercicio de la profesión y los temperamentos se encontró la misma distribución de temperamentos que en los estudios señalados: Epimeteo, Prometeo, Dionisio y Apolo. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de que hay diferencia en la frecuencia de los temperamentos y el ejercicio de la profesión. Hipótesis 21. Esto sólo se refiere a la UNAM, pues la encuestadora de Baja California Sur no consideró el dato.

También se encontraron diferencias en el promedio, éste favorece a las mujeres con 8.9 y 8.6 para los hombres; aplicando la prueba t, hay diferencia significativa. Igual que en la función T para los hombres y F para las mujeres. Hipótesis 12 y 4, diferencias entre los géneros y promedio académico en la UNAM y UABCS.

Por otro lado, se aceptan los resultados de Robyak y Downey (1978) respecto a que los alumnos de juicio tienen niveles más altos de estudio y esto fue dado por la manera en que utilizan el conocimiento, pero faltan datos para afirmarlo categóricamente dado que el promedio apoya a la función T más que a la J.

Vargas (2008) señala que además de la personalidad, existen otras competencias relativas al aprendizaje y estilos cognitivos. Pero él expuso que a mayor edad, menor puntaje de escalas, que, como se observó, no se verificó en esta investigación.

Hirsh y Kummerov (1998), Tieger (1993) y Gasser, Oliver y Tan (1998) señalan que el género es determinante tanto en las preferencias del trabajo como en el sueldo y el ambiente de trabajo. Aquí se corroboró el hecho de que se siguen pensando en “carreras para hombres y para mujeres”, lo cual no beneficia a nadie pues se reducen las potencialidades de los individuos.

Discusión/Conclusiones

En esta investigación se cumplieron los objetivos trazados de analizar la relación entre el área académica (7) y la personalidad en dos universidades, la UNAM y la UABCS, aplicando la prueba de Myer Briggs, y así conocer qué tipos psicológicos (16 tipos, cuatro temperamentos) se encuentran, así como su relación con variables sociodemográficas (sexo, edad, promedio académico, ejercicio de la profesión, años de egreso).

Observamos que existen más tipos ESTJ, INTJ hay diferencias significativas en promedio, favoreciendo a las mujeres y a la UABCS y casi no se encontraron tipos del temperamento Apolo.

Los objetivos se llevaron a cabo, sin embargo, como toda investigación, ésta tiene limitaciones ya que a pesar del tamaño de la muestra, hubo carreras que no fueron consideradas. Sería deseable realizar una investigación por carreras de tal suerte que todas queden incluidas, lo cual implica grandes recursos y esfuerzos, pero se tendría el beneficio de conocer con mayor profundidad las carreras y los perfiles de los alumnos que las integran. O bien, sería posible realizar un estudio por cuotas para garantizar la representatividad de todas las carreras.

También se podrían hacer comparaciones con universidades que tengan carreras más afines y de otros países a fin de tener más elementos de comparación.

Una limitante en el estudio fue que al tomarse datos ex post facto no fue posible homologar toda la información requerida y hubo un dato relativo al ejercicio de la profesión que no se preguntó en la UABCS, lo que impidió la realización del análisis para esa universidad.

No hay algún instrumento que abarque exactamente a todas las carreras pues hay unas que ocupan diversos intereses, variables, como el caso de psicología o medicina donde pueden desempeñarse tanto como investigadores como administradores, las opciones son variadas. Sin embargo, toda técnica bien aplicada brindará orientación a nuestros alumnos, que deberán ser ciudadanos satisfechos con su quehacer laboral, generando mayor productividad, menor deserción en nuestras instituciones escolares, y grandes ahorros al estado en cuestión educativa (Gottfredson y Holland, 1981; McCrae y Costa, 2004).

Es importante observar que los estudios con el MBTI, son amplios, variados y existen estudios en América Latina, con poblaciones similares a la nuestra, en términos generales, es un cuestionario fácil de validar, de resolver y calificar (Chacón-Méndez y Piedra-Arce, 2013; De-Moraes y Primi, 2002; Amezaga y Saiz, 2015; Echavarrí, Godoy, y Olaz, 2007; Fodale-Vargas, 2008; Furnham, 1996; Mandiola, Prat, y Pulido, 1995; McCrae y Costa, 1989; Moutafi, Furnham, y Crump, 2003; Vargas, 2008; Wallick y Cambre, 1999; Wandberg, y Muchinsky, 1992).

Browsers (1993) encontró que el MBTI sí afecta la probabilidad de que el individuo seleccione la comunidad en particular y no amplíe sus horizontes.

Gasser, Oliver y Tan (1998) señalan que la expectativa de ganar más en el desempeño de la profesión si tiene que ver con el género, profesiones “masculinas” son mejor retribuidas, quizás se aplique lo anterior a la población de la UABCS donde es mayoritariamente masculina con un 60%.

Robyak y Downey (1978), investigaron la efectividad de un curso de habilidades encontraron que los de preferencia juicio poseen niveles más altos de estudio aunque no lograron obtener mayores puntos que los perceptivos. Sin embargo, cuando las covarianzas fueron analizadas a través de las diferencias, estas habilidades se hicieron efectivas para todos los grupos. En nuestro caso las mujeres obtuvieron promedios más altos y eran J, es decir juicio.

Walter, Buboltz, Thomas y Johnson (2001), realizaron una investigación sobre la relación entre el Inventario Tipológico Myers Briggs (MBTI) y el Inventario de Intereses de Strong (SII) se encontró el 47.2% de extrovertidos, 54.2% del juicio, 46.2% de sensación y 44.1% del pensamiento. resultados encontrados son semejantes a los estudios previos de Buboltz, Hammer y Kummerow (1996).

Faltan sujetos para lograr una clasificación a la manera de Hirsh y Kummerow (1998); Krebs y Kummerow (2001), para clasificar a nuestra población y esta tendría que ser con sujetos no universitarios, con carreras diversas como chef, religiosos, turísticas, que no se encuentran en nuestras universidades y también a nivel técnico, sin embargo, valga el presente estudio para contribuir en algo al hermoso proceso de orientación educativa, vocacional y profesional.

Referencias

- Amezaga, P., y Saiz, M. (2015). Tipos Psicológicos y Trastornos Depresivos. *Cienc. Psicol.* 9, 141-152. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1688-4221.
- Bayne, R. (1990). El indicador de tipos Myers-Briggs: un test psicológico para la selección de personal. *Capital Humano*, 25, 28-23.
- Bitran, M., Zúñiga, D., Lafuente, M., Viviani, P., y Mena, B. (2003). Tipos psicológicos y estilos de aprendizaje de los estudiantes que ingresan a medicina en la pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica*, 131(9), 1067-1078.
- Bitran, M., Zúñiga, D., Lafuente, M., Viviani, P., y Mena, B. (2004). Características psicológicas y estilos cognitivos de estudiantes de medicina y de otras carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica*, 7(132), 809-815.
- Briggs-Myers, I. (2005). *Introducción a los tipos. Una descripción de la teoría y aplicaciones del MBTI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Briggs-Myers, I., y MBTI. (1995). *Inventario Tipológico, Forma G. 2ª. Edición Publicaciones de psicología aplicada*. Madrid.
- Browsers, K. (1993). *The Utility of the Myers-Briggs Type Indicator and the Strong Interest Inventory in Predicting Service Community Selection at the United States Naval Academy*. Disponible en: http://cat.cisticist.nrcnc.gc.ca/search~S1/Xchoice+AND+career+AND+types+AND+psychological&Da=1980&Db=2016&searchscope=1&b=*&l=&c=&t=&p=&SORT=DX.
- Brownfield, K.M. (1993). *The relationship between the Myers-Briggs Personality Types and Learning Styles*. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED381577.pdf>.
- Buboltz, J.R.T., y Johnson, P. (2001). The Relationship between the MBTI and SII: Implications for Conjunctive Use in Counseling. *Advances and Psychology Research*, 5(5), 109-139.
- Buboltz, W., Johnson, P., y Nichols, C. (2000). MBTI personality types and SII Personal Style scales. *Journal of Career Assessment*, 8(2), 131-145.
- Cauvin, P., y Cailloux, G. (1997). *Sé tú mismo, De la Tipología de Jung al MBTI*. España: Ediciones Mensajeros.
- Chacón-Méndez, D., y Piedra-Arce, A. (2013). *Propiedades psicométricas del Inventario Tipológico Myer - Briggs forma G (MBTI-G) en una muestra de la población del Instituto Costarricense de Electricidad*. Proyecto para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Costa Rica.

- Clack, G., y Head, J. (1998). The personality types of medical students and the implications for medical education. *Medical Teacher*, 20, 57.
- De-Moraes, I.F., y Primi, R. (2002). Escala de avaliação de tipos psicológicos: validade e precisão. *Psico-USF*, 1(7), 25-34.
- Didier, N. (2014). Selección de Personal en Chile. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1(7), 103-113.
- Echavarrí, M., Godoy, J.C., y Olaz, F. (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Universidad Psicología Bogotá Colombia*, 6 (2), 319-329.
- Edwards, J.A., Lanning, K., y Hooker, K. (2002). The MBTI and social information processing: An incremental validity study. *Journal of Personality Assessment*, 3(78), 432-450.
- Fodale-Vargas, L.E. (2008). *Adaptación del inventario "Myers Briggs Type Indicator" en un grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de Lima*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica
- Furnham, A. (1996). The big five versus the big four: the relationship between the Myers Briggs Type Indicator (MBTI) and NEO-PI five factor model of personality. *Personal Individual Differences*, 2(21), 303-307.
- Gasser, M.B., Oliver, J.A., y Tan, R.N. (1998). The influence of age and type of job on gender differences in pay expectations. *The Career Development Quarterly*, 47(1), 36-47.
- Gottfredson, G.D., y Holland, J.L. (1996). *Dictionary of Holland occupational codes*. Psychological Assessment Resources Inc.
- Guerrero, A. (1997) *Aspectos de la personalidad que intervienen en el proceso de una toma de decisiones en un grupo de aspirantes a la vida sacerdotal*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM, D. F., México.
- Hirsh, S., y Kummerow, J. (1998). *Tipos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Holland, J.L. (1981). *Técnica de la elección vocacional. Tipos de personalidad y modelos ambientales*. México: Trillas.
- Jung, C. (1965). *Tipos psicológicos*. Buenos Aires: Ediciones.
- Jung, C. (1993). *Las relaciones entre el Yo y el inconsciente*. Barcelona: Paidós.
- Kerlinger, F.N., y Howard, B. (2000). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Kersey, D., y Bates, M. (1984). *Please Understand Me, Prometheus Press*.
- King, J.E., y Melancon, J.G. (1999). Score validation and theory elaboration of a jungian personality measure 08, 20 Paper presented at the annual *Meeting of the American Psychological Association 107*, 20-24. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED434120.pdf>.
- Krebs, S., y Kummerow, J.M. (2001). *Los tipos MBTI en las organizaciones*. Madrid: TEA ediciones.
- Mandiola, M., Prat, G., y Pulido, L. (1995). *Adaptación y estandarización del MBTI forma G en la población urbana del gran Santiago*. Tesis de la Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality Mar*, 57(1), 17-40.
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36, 587-596.
- Méndez, I., Guerrero, D., Altamirano, L., y Sosa, C. (2000). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.
- Moutafi, J., Furnham, A., y Crump, J. (2003). Demographic and personality predictors of intelligence: A study using the NEO personality inventory and the Myers-Briggs type indicator. *European Journal of Personality*, 17(1), 79-94.
- Myers, I., MacCaulley, M., Quen, N., y Hammer, A. (1998). *MBTI Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Nava, G. (2000). *El imaginario en torno a la elección de carrera*. México: Plaza y Valdes.
- OECD. (2004). *Career Guidance and Public Policy*. OECD Publications.
- Oliver, H.R. (1973). *Elección de carrera*. México, D.F.: Ed. Limusa-Wiley, S.A.
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Primer Informe sobre desarrollo humano*. México.
- Osipow, S. (2001). *Teorías sobre la elección de carreras*. México: Trillas.
- Parr, J., y Neimeyer, G. (1992). The Role of Construct Type in Vocational differentiation: Use of Elicited Versus Provided dimensions. *Journal of Counseling Psychology*, 1(39), 121-128.
- Parr, J., y Neimeyer, G. (1994). Effects of gender, Construct Type, Occupational Information, and Career Relevance on Vocational Differentiation. *Journal of Counseling Psychology*, 1(41), 27-33.

Pratt, L.K. (1981). The Relationship of the Myers-Briggs Type Indicator to Scores on the National Teacher's Examination. *AIR Forum*, 21, 1.

Robyak, J., y Downey, R. (1978). Effectiveness of a study Skills Course for Students of different Academic Achievement Levels and Personality Types. *Journal of counseling psychology*, 6(25), 544-5.

Tieger, D., y Barrón, T.B. (1992). *Do what you are. Discover the perfect career for you through the secrets of personality type*. E.U: Little, Brown and Company.

UNAM. (2015). *Guía de carreras UNAM*. México, D. F.

Vargas, L.E.F. (2008). *Adaptación del inventario Myers Briggs Type Indicator en un grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de Lima*. Doctoral dissertation.

Wallick, M., y Cambre, K. (1999). Personality Types in Academic Medicine. *J La State med Soc*, 151, 378-383.

Walter, C., Buboltz, J.R., y Thomas, A. (2000) MBTI and SII: Implications for Conjointive. *Journal of PersonalityAssessment*, 49(4), 356-365.

Wandberg, C., y Muchinsky, P. (1992). A Typology of Career Decision Status: Validity Extension of the Vocational decision Status Model. *Journal of Counseling Psychology*, 39(1), 71-80.

CAPÍTULO 17

Um programa visando a convivência ética e a melhoria do clima escolar realizado em escolas brasileiras

Telma Vinha*, Cesar Augusto Amaral Nunes*, Luciene Regina Paulino Tognetta**,
y José María Avilés Martínez***

**Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Brasil; **Faculdade de Ciências e Letras, UNESP;*

****Universidad de Valladolid*

Introducción

No Brasil, muitas pessoas se dizem surpresas e indignadas com algumas ações de nossos jovens (e também de adultos), contrárias aos princípios morais. Observam-se atos desrespeitosos como agressões, vandalismo, preconceitos e humilhações; percebe-se a dificuldade das pessoas resolverem seus conflitos (Os conflitos ocorrem quando há um desequilíbrio nas interações sociais provocado por opiniões, perspectivas ou valores contraditórios, indicando, assim, um caráter de oposição) de forma não violenta, de chegarem a soluções que beneficiem pelo menos em parte os envolvidos. Surpreendemo-nos com jovens que pareciam ter “bom comportamento” demonstrarem, na ausência dos adultos ou em situações que acreditam que não serão punidos, atitudes desrespeitosas e agressivas, em que se evidencia a ausência de autorregulação. Chamam atenção também comportamentos omissos e submissos diante de situações em que atitudes deveriam ser tomadas para que a injustiça ou o desrespeito não fossem praticados.

Com o advento da internet, dos meios de comunicação eletrônica e das redes sociais, ampliou-se expressivamente a interação entre as pessoas (online), formas de participação e de expressão, debates, entre outros. Nessa intensa forma de comunicação aparecem também as opiniões levianas, impulsivas, exaltadas, preconceituosas e desrespeitosas. Não raro, a comunicação eletrônica é usada para insultar, difamar ou intimidar. Em pesquisa com jovens brasileiros, Abramovay (2016) encontrou que 27,7% responderam que sofreram cyberbullying (“zoar, ameaçar ou xingar pela internet”) nos últimos 12 meses.

Vivemos em uma época em que nada se conserva e tudo está em constante mudança e os valores em questionamento: tempos de liquidez, como afirma Bauman (2003). O autor reflete que o movimento constante que vivemos parece destituir a necessidade de certos valores dos quais não se abriria mão. Nesse sentindo, consideramos que os desafios, como os apresentados anteriormente, e a heterogeneidade de valores que impera na sociedade pós-moderna não impede que se possa encontrar um pequeno número de valores que constitua uma base ética comum que nos levariam a constituição de princípios universalmente desejáveis, do qual não abrimos mão, como: a justiça (igualdade e equidade), o respeito, a dignidade, a solidariedade, a diversidade, a liberdade, o respeito à vida, a generosidade, a cidadania, a convivência democrática, a cooperação, a sustentabilidade etc. Trata-se de reconhecer que há valores mais universalizáveis que outros, no sentido de que auxiliam as pessoas a viver bem em comunidade e consigo mesmas, de serem requisitados pela maioria das culturas e de garantirem a autonomia como um valor maior, estando na base da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de uma educação sociomoral de maneira a formar seres humanos dignos, responsáveis, respeitosos, justos e igualitários, com função de responsabilidade da sociedade como um todo. Contudo, por ser um laboratório social por excelência em que uma pessoa permanece por muitos anos, desde a infância até, espera-se, tornar-se adulto, a escola tem uma influência significativa nessa formação. Se para aprender a viver em grupo é necessário ter experiências de vida em comum, a escola se caracteriza como um local altamente propício para tais experiências.

Um breve panorama sobre os problemas de convivência e as experiências com os valores nas escolas

O Brasil tem altíssimos índices de violência envolvendo adolescentes. Apesar dos jovens de 15 a 29 anos representarem aproximadamente 26% da população do País, a participação deles no total de homicídios por armas de fogo corresponde a quase 60% dos crimes (Waiselfisz, 2016). Segundo Waiselfisz, que coordenou o estudo, “a cultura da violência é muito acentuada. A capacidade de negociação dos conflitos é baixa e a violência é frequentemente usada para a solução dos problemas. A maioria dos homicídios no País não está relacionada à droga, e sim a essa cultura. São crimes banais”. Essa conclusão é análoga a apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que aponta que a maior causa de morte dos jovens de 10 a 19 anos no Brasil é a violência interpessoal (Wentzel, 2017). O conceito de violência interpessoal inclui assassinatos, agressão, brigas, bullying, violência entre parceiros sexuais, feminicídio e abuso emocional.

Os problemas de convivência, em suas diferentes manifestações, também estão bastante presentes no interior das escolas. Inúmeras pesquisas indicam a frequência cada vez maior de situações de indisciplina, violência, agressões físicas e verbais, furtos, insultos, desobediência às normas, bullying, entre outros (Leme, 2006; Lemann, 2014, 2015; Zechi, 2008, 2014; García, 2009, 2010; Aquino, 2016; Abramovay, 2003, 2016; Moriconi y Bélanger, 2015). Um exemplo é uma pesquisa realizada por Biondi (2008) com base em questionários respondidos por diretores que mostra que a indisciplina por parte dos alunos é apontada como problema por 64% dos diretores das escolas estaduais, 54% das municipais e 47% das instituições particulares. Segundo a pesquisa Teaching and Learning Internacional Survey (TALIS, 2009, 2013), o Brasil é um dos países que apresentam maior frequência de problemas disciplinares em sala de aula, sendo que os professores utilizam por volta de 18% do tempo de aula para manter a ordem na classe.

Há uma percepção da escola como espaço violento pelos docentes. Os dados de um estudo feito pela OCFE (2017) com mais de 100 mil professores e diretores de escola de 34 países sobre a violência em salas de aula mostram que, no Brasil, 12,5% dos educadores disseram sofrer agressões verbais ou intimidações de alunos ao menos uma vez por semana (a média entre todos os países foi de 3,4%).

Esse cenário indica que, mais do que manter os estudantes na escola, é preciso oferecer oportunidades para que possam aprender a resolver seus conflitos de forma mais assertiva, dialógica e cooperativa. Contudo, em um estudo que investigou os projetos de educação em valores nas escolas públicas brasileiras (Menin, Bataglia, y Zechi, 2013), verificou-se que, de 1062 escolas que apresentaram projetos desse tipo, menos de 2% tinham, de fato, algum projeto mais sistematizado que pôde ser considerado bem-sucedido. É interessante apontar o porquê a grande maioria dos projetos não foram considerados favoráveis: eram direcionados apenas aos alunos; eram pontuais e desenvolvidos por curto espaço de tempo; tinham um caráter de transmissão/doutrinação; havia uma nítida contradição entre os objetivos e o clima relacional/disciplinar na escola; havia incoerência entre as posturas e intervenções dos adultos nas situações de conflitos; não eram extensivos a outros espaços vividos na escola e no entorno; visavam ao controle disciplinar ou do comportamento e não à melhoria da convivência. Chama a atenção que 71% dos profissionais que o elaboraram não tiveram nenhuma formação nessa área, assim as propostas eram pautadas principalmente no senso comum. As iniciativas nas escolas brasileiras que apresentam maior eficácia podem ser consideradas ainda como experiências isoladas, quase artesanais.

Ao mesmo tempo em que a escola é um espaço privilegiado de convivência e interações múltiplas, nele também encontramos o grande desafio de desenvolver e preservar o convívio democrático, justo e respeitoso que visa a neutralizar as discriminações e preconceitos, valorizando sua riqueza da pluralidade. Assim, a instituição escolar deve ser o espaço em que se aprende a possibilidade da coexistência humana entre todos, respeitando os diferentes, convivendo com harmonia, respeito, solidariedade, igualdade, com base nos direitos humanos, constituindo a noção de cidadania e que esta seja compartilhada por todos.

O Programa “A convivência ética na escola”

A convivência ética ocorre com sujeito autônomos, portadores de uma consciência crítica, que, baseados nos princípios morais, avaliam permanentemente as normas, atitudes e tradições. Deve, portanto, promover práticas que defendam valores vinculados ao diálogo, participação, cooperação, justiça, respeito, solidariedade e autorregulação. Ela não pode se restringir a boa socialização com a adoção de formas de convivência já estabelecidas, mas deve ser compreendida como um processo no qual algumas normas, relações e costumes são criticados e, assim, são pensadas e discutidas novas formas de conviver (Puig, 2000).

Embasados nessa concepção, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Moral (GPEM; Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), Estado de São Paulo, Brasil), desenvolveu o projeto (“A convivência ética na escola” tem a coordenação geral de Telma Vinha, Luciene Tognetta e Cesar Augusto Amaral Nunes. Além de integrarem a equipe de formadores nas escolas, Livia Maria F. da Silva e Adriana de Mello Ramos coordenaram a implantação local, que teve os seguintes formadores responsáveis pela Implantação nas escolas: Danila Di Pietro Zambianco, Flávia M. C. Vivaldi, Mariana Tavares A. Oliveira, Sanderly Bicudo, Thais Leite Bozza e Warley Guilger Corrêa. Contamos ainda com uma grande equipe de colaboradores, composta de pesquisadores, pós-graduandos da UNICAMP e UNESP, especialistas e graduandos.) “A convivência ética na escola” em 10 escolas públicas de Ensino Fundamental de duas cidades do Estado de São Paulo. Com duração prevista entre 18 a 24 meses, trata-se de um programa de formação de professores e transformações na escola com ações diferenciadas e complementares visando a melhoria da qualidade da convivência e do processo de resolução dos conflitos interpessoais. Foi elaborado considerando três vias diferentes, mas inter-relacionadas (Puig, 2000). A via pessoal, que se trata do conjunto de influências que resultam da maneira de ser e de fazer dos educadores, especialmente a relação que estabelecem com seus alunos. A via curricular diz respeito ao planejar e o executar atividades pensadas especificamente para trabalhar a formação moral dos alunos. E, por último, a via institucional que se constitui das atividades educativas que partem da organização da escola e da classe, e que têm como pressuposto a participação democrática. A intervenção educativa foi realizada em diversos níveis educativos: os sujeitos, os pequenos grupos, o grupo-classe e a instituição escolar em conjunto.

Para se promover mudanças de forma a favorecer efetivamente um ambiente sociomoral propício ao desenvolvimento da convivência é preciso organizar um trabalho intencional. É necessário construir na escola um lugar de diálogo e de transformação tanto pessoal quanto coletiva, a fim de orientar os professores e os alunos para que saibam pensar e agir em situações de conflito de valores. Considerando tal perspectiva, foi organizada uma série de ações complementares (preventivas, curativas e de fomento), constituindo o programa em questão que, em síntese, consiste: na inserção de uma disciplina semanal na grade curricular dos alunos das séries finais do Ensino Fundamental (e também um espaço semanal nas séries iniciais do EF), para que a convivência e a moral sejam sistematicamente discutidas; na formação semanal/quinzenal para os profissionais dessas escolas, com a introdução de ciclos de construção coletiva; na formação quinzenal direcionada apenas gestores e professores de referência (que são os responsáveis pela nova disciplina); na implantação de espaços de participação, resolução e mediação de conflitos; em propostas de protagonismo juvenil, como as equipes de ajuda; na construção de um Plano de Convivência nas instituições educativas e no acompanhamento por amostragem dos principais procedimentos implantados. Caracteriza-se ainda na participação pelos profissionais das escolas em um ambiente colaborativo on-line e pelo emprego de questionários semiestruturados de avaliação das formações e do clima escolar (Nunes, Vinha, y Tognetta, 2016).

Com essas ações pretendeu-se favorecer a construção de um ambiente cooperativo nas escolas, incluir valores sociomorais no currículo e criar espaços sistematizados para a resolução de conflitos e para a reflexão de valores, sentimentos e atitudes, tanto pelos alunos, quanto pelos educadores.

Detalhamento do programa e metodologia

No início da implantação do projeto foi realizada uma avaliação do clima escolar (Compreendemos o clima escolar como o conjunto de percepções e expectativas compartilhadas pelos integrantes da comunidade escolar, decorrente das experiências vividas, nesse contexto, com relação aos seguintes fatores inter-relacionados: normas, objetivos, valores, relações humanas, organização e estruturas física, pedagógica e administrativa, os quais estão presentes na instituição educativa. O clima corresponde às percepções dos docentes, discentes, equipe gestora, funcionários e famílias, a partir de um contexto real comum, portanto, constitui-se por avaliações subjetivas. Refere-se à atmosfera psicossocial de uma escola, sendo que cada uma possui o seu clima próprio. Ele influencia a dinâmica escolar e, por sua vez, é influenciado por ela e, desse modo, interfere na qualidade de vida e na qualidade do processo de ensino e de aprendizagem.) pelos alunos (a partir do 7 ano), professores e gestores, por meio de instrumentos construídos e validados (Manual de orientação para a aplicação dos questionários que avaliam o clima escolar, 2017) pela equipe de pesquisadores, além da observação do cotidiano das escolas e de entrevistas com os atores da comunidade educativa. A partir do diagnóstico e da discussão dos dados colhidos com os profissionais das escolas, de modo a ser identificado o que já estava indo bem e quais eram as principais dificuldades, foi elaborado, de modo conjunto, o planejamento do Programa de Intervenção.

Enfocando particularmente as questões da convivência e do aspecto sociomoral, na discussão dos dados referentes à avaliação do clima escolar com as instituições evidenciou-se, em linhas gerais, a existência de situações de ameaça, insulto e agressão, mas que não eram frequentes a ponto de serem caracterizadas como ambientes violentos. Tais situações precisavam ser consideradas planejando-se propostas de diagnóstico e de intervenção que sejam promotoras de uma convivência mais respeitosa entre os alunos. Eram também frequentes as pequenas infrações, insultos e desobediência às normas, ou seja, principalmente incivildades. As sanções mais usadas eram colocar o aluno para fora da sala, aplicar advertências, dar suspensões e convocar as famílias. A maioria dos estudantes considerou os castigos injustos e ineficazes para resolver os problemas. As regras em sua maioria eram elaboradas e impostas pelos adultos, os quais aplicavam as sanções e resolviam os conflitos mais evidentes.

Considerando que os valores morais e a convivência também constituem um objeto do conhecimento, é preciso oferecer sistematicamente oportunidades em que se possa pensar sobre o tema. Geralmente, as escolas desejam que os alunos ajam moralmente, mas não se abrem espaços para que haja a reflexão sobre as ações, sobre os princípios e as normas, sobre os valores e sentimentos que nos movem. Não se trata de transmissão direta de conhecimentos, que é pouco eficaz para fazer com que os valores morais se tornem centrais na personalidade, mas de apresentar ao aluno a moral como objeto de estudo e reflexão. Assim, como anteriormente mencionado, a foi inserida uma disciplina semanal, de 90 minutos, na grade horária dos alunos, para que, os valores morais e a convivência pudessem ser discutidos. Cada escola selecionou os professores de referência que a ministrariam e criaram um nome para essa disciplina (Convivência Ética, Relações Humanas).

A partir das dificuldades identificadas pela escola e da seleção de conteúdos considerados necessários aos objetivos que pretendíamos, foram organizadas duas formações. A primeira com encontros semanais de três horas realizados com os professores e gestores (160 horas) e a segunda, com encontros quinzenais de duas horas com os professores de referência (responsáveis pela nova disciplina introduzida na escola) e equipe gestora (90 horas).

Além do desenvolvimento do ser humano, foram estudados temas como a linguagem mais assertiva, as regras e os processos de elaboração e legitimação, os problemas de convivência e as intervenções construtivas, procedimentos para mediação de conflitos e propostas de protagonismo juvenil, entre outros. Nesse programa buscou-se a coerência nos processos formativos dos profissionais da escola com o que se espera que façam com os pares e alunos (homologia dos processos). Nessa busca, um dos processos introduzidos, foi o ciclo de construção coletiva que contribuem para o avanço no

conhecimento. Nunes (2016) considera que esse avanço significa que toda proposta, ideia ou prática podem ser melhoradas e que se potencializa quando há diversidade de pontos de vista e de experiências. Com esses ciclos as perspectivas são coordenadas levando a posicionamentos coletivos que representem a visão/compromisso do grupo (ou classe, ou comunidade).

Com relação aos professores de referência, os encontros quinzenais tinham como objetivo estudar a condução de assembleias e o desenvolvimento de procedimentos ativos de educação moral que aconteceriam na disciplina (essas propostas se alternam, cada uma ocorrendo quinzenalmente). São desenvolvidos procedimentos envolvendo o conhecimento cultural, o pensar sobre si, o pensar em si e no outro, a discussão e hierarquização dos valores, a assertividade na resolução de conflitos e a deliberação, entre outros. Também foram realizadas reuniões temáticas para as famílias e acompanhamento dos principais procedimentos implantados.

O favorecimento da construção coletiva da organização da convivência, oferecendo espaços de participação efetivos na escola, é uma dimensão que não pode ser negligenciada. Uma das formas de favorecer essa participação é por meio das assembleias (Segundo, 2000), as assembleias são “o momento institucional da palavra e do diálogo. Momento em que o coletivo se reúne para refletir, tomar consciência de si mesmo e transformar o que seus membros consideram oportuno, de forma a melhorar os trabalhos e a convivência”. É, portanto, um espaço para o exercício da cidadania onde as regras são elaboradas e reelaboradas constantemente, em que se discutem os conflitos e se negociam soluções, vivenciando a democracia e validando o respeito mútuo como princípio norteador das relações interpessoais.), nas quais as questões são discutidas com o grupo. Já os conflitos que ocorrem entre poucos envolvidos, reclamam outro espaço que resguarde a privacidade, como por exemplo, por procedimentos de mediação ou círculos restaurativos (Decorrentes da Justiça Restaurativa, os Círculos Restaurativos são encontros que acontecem depois de um conflito em que as partes envolvidas, apoiadas por um facilitador e pela rede de apoio (pais, amigos etc.), têm a intenção de expressar e ouvir um ao outro, reconhecer as escolhas e responsabilidades e chegar a um acordo visando restaurar as relações. É um procedimento que lida com os conflitos num âmbito privado (como as brigas de jovens por causa de um namorado, maus tratos entre pares ou situações de danos materiais entre alunos) de forma não punitiva, tendo como princípios o diálogo, a responsabilização pelas atitudes, a disponibilidade para ouvir e considerar as necessidades e os sentimentos recíprocos.).

É preciso favorecer a construção de relações respeitadas e pautadas em confiança entre os professores e os alunos. Assim, investir na postura dos educadores também merece destaque no sentido de buscar seguir os valores que pretendem desenvolver.

Um olhar para as relações entre os pares e para a participação deles também se faz necessário. Buscou-se incentivar a participação de todos os atores escolares, principalmente os estudantes, incentivando o protagonismo e a responsabilização pelos aspectos a serem transformados. Pesquisas (Avilés, 2013; Avilés et al., 2008; Cowie, 2000, 2005; Tognetta y Daud, 2017) têm apontado o quanto são relevantes para a superação dos problemas de convivência na escola, as formas de protagonismo infanto-juvenil. É altamente recomendado propiciar ambiente em que os alunos sejam incentivados a ajudar os outros, a se importar com quem convivem. O protagonismo infanto-juvenil é ainda recente nas escolas do Brasil. Em nosso projeto foram implantadas as equipes de ajuda que são grupos de crianças ou adolescentes que atuam como conselheiros e apoiam os colegas que tem dificuldades ou sofrem bullying, acolhendo-os e colocando-se a serviço dos que mais precisam (Avilés et al., 2008). A escola assim oferece a esses alunos mais oportunidades para praticarem a escuta, a acolhida, a empatia e o cuidado uns com os outros, de forma a compreenderem, paulatinamente, que cabe a todos zelarem pela qualidade do convívio (Tognetta y Daud, 2017).

A aprendizagem gradual da cooperação e do compromisso de todos por uma convivência mais respeitosa também é favorecida quando são empregadas atitudes e métodos democráticos que viabilizam a participação e a tomada de decisões de maneira coletiva. É preciso, portanto, oferecer uma gestão mais

democrática, na qual o espaço é estruturado para que o respeito mútuo prevaleça nas relações, o autoritarismo seja minimizado e existam oportunidades para que os integrantes da instituição exponham suas ideias e necessidades, vivenciando relações de cooperação.

Cada vez mais se discute a necessidade de se estudar e planejar coletivamente a convivência na escola. Ainda novo no Brasil, visto que essas temáticas quase inexistem na formação do professor, na Espanha, desde 2007, as escolas devem elaborar seu Plano Institucional de Convivência que constitui um aspecto do projeto educativo (Ordem 18/7/2007). Esse Plano define o que é convivência e até onde querem avançar nessa área. Conscientiza e sensibiliza a comunidade educativa sobre a importância de uma convivência escolar positiva e o que fazer para melhorá-la. Ele deve conter ações concretas relacionadas à organização e ao funcionamento da instituição com relação às interações sociais e à prevenção da violência, estabelecendo em linhas gerais o modelo de convivência que será adotado, os objetivos específicos que se pretende alcançar, as normas que o regularão e as ações a serem realizadas para tais objetivos sejam efetivamente alcançados (Avilés, 2013) Esse Plano foi construído por quatro escolas, sistematizando e organizando o trabalho que vinha sendo realizado.

Resultados

Por meio de questionários semiestruturados foi realizada uma avaliação que contemplasse a formação realizada em ambas as escolas, conteúdos trabalhados, a condução dos estudos, bem como o envolvimento e participação dos integrantes nesse processo. A partir da análise das respostas dos profissionais da escola foi feita uma análise qualitativa dos resultados. Também foram considerados os relatos das práticas pedagógicas dos educadores e as observações das aulas feitas pelas pesquisadoras, analisadas por triangulação.

Uma das transformações que se destacou foi maior disponibilidade para a escuta e para o emprego de estratégias de mediação diante dos conflitos vividos pelos alunos, sinalizando para uma possível mudança da concepção do papel da escola. Evidencia-se uma tentativa por parte dos profissionais de transporem para a prática os conhecimentos teóricos e as recomendações trabalhadas. Muitos se perceberam empregando, no dia a dia, formas não construtivas de se comunicar com o aluno, com julgamentos de valor, acusações e ironias. Essa tomada de consciência impulsionou boa parte deles a adequar sua linguagem ao objetivo da construção de um clima positivo.

Por meio do diálogo contínuo entre os alunos e os professores, que ocorriam quinzenalmente nas assembleias, inúmeros problemas de relacionamento, assim como regras institucionais e posturas dos adultos foram sendo discutidas e trabalhadas, possibilitando transformações efetivas e os sentimentos de justiça, respeito e pertencimento pelos estudantes.

Um avanço tem sido a articulação da escola para que as assembleias de classe se expandam de forma a envolver toda a comunidade. Os professores foram percebendo que muitos temas levantados pelos alunos ultrapassavam as dimensões da classe por serem de interesse de todos os alunos. Além disso, os educadores concluíram que as regras da escola precisavam ser revistas, discutidas com a comunidade e que é necessário refletir sobre a atuação frente a algumas normas de controle.

Outro resultado importante foi relativo à identificação de casos de bullying. Os docentes tinham a impressão de que tais eventos não ocorriam na escola. Defendem agora a importância da identificação do problema e do trabalho de atuação e prevenção diante desses casos.

Quanto à postura dos alunos diante das propostas desenvolvidas durante as aulas das novas disciplinas, as observações feitas por professores, assim como os depoimentos dos discentes, demonstram engajamento crescente e legitimação dos espaços de reflexão e debate.

O processo de transformação, em geral, traz à tona desafios a serem superados para a efetivação de uma proposta de trabalho que aos poucos foi se tornando mais robusta e coerente com os princípios de uma convivência respeitosa contribuindo para que o clima escolar se torne cada vez mais positivo. É evidente que há dificuldades e resistências que são vistas como naturais num processo de inovação e

construção coletiva de uma proposta, exigindo diálogo constante, incentivo ao engajamento e replanejamento sempre que necessário.

Outras dificuldades também foram identificadas, tais como, a falta de engajamento de alguns professores e gestores; a presença de situações de autoritarismo na relação de alguns docentes com os alunos; falta de diálogo, principalmente entre os profissionais da escola; presença de sanções expiatórias e a postura ainda autoritária de alguns gestores. Há ainda o problema da alta rotatividade dos profissionais das unidades escolares que dificulta a sustentabilidade do projeto.

Foi visto que o trabalho educacional em torno da convivência democrática faz referência à participação coletiva e dialógica. Caracteriza-se pela possibilidade de compartilhar ideias, oportunizar o desenvolvimento de reflexões e vivência ética. Possibilita a resoluções de conflitos, se opondo à utilização de meios violentos, coercivo, arbitrários ou individualistas para constituição de normas que regulem a convivência respeitosa, justa e solidária entre os atores escolares. A impossibilidade, ou simplesmente a ausência do diálogo, pode trazer como resultado a agressividade, a violência, dificultando sobremaneira o convívio em sociedade. Esse é um trabalho sistemático que resulta difícil realizar fora da escola e que em todo caso deveria constituir uma de suas principais funções.

Referencias

Pesquisa Internacional sobre Ensino e Aprendizagem (TALIS), 2013. Disponível em: <<http://www.oecd.org/edu/school/TALIS-2013-country-note-Brazil-Portuguese.pdf>> Acesso em: 13/6/2016.

Abramovay, M. (2016). *Juventudes na escola, sentidos e buscas: Por que frequentam?. Flacso-Brasil*. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, OEI (Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura) e do MEC (Ministério da Educação).

Aquino, J.G. (2011). Da (contra) normatividade do cotidiano escolar: problematizando discursos sobre a indisciplina discente. *Outros Temas*, 41(143), 456-484. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v41n143/a07v41n143.pdf>>. Acesso em: 02/9/2013.

Avilés, J. M., Torres, N., y Vian, M.V. (2008). Equipos de ayuda, maltrato entre iguales y convivencia escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(3), 357-376.

Avilés, J.M.A. (2013). *Bullying: guía para educadores*. Campinas, SP: Mercado de Letras.

Bataglia, P.U.R., Zechi, J.A.M., y Menin, M.S.S. (2013). *Projetos bem-sucedidos de educação em valores: relatos de escolas públicas brasileiras*. São Paulo: Cortez.

Bauman, Z. (2003). *Modernidade Líquida. Tradução: Plínio Dentzien*. Rio de Janeiro: Zahar.

Biondi, R. (2008). *SAEB. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)*. Brasília, MEC/SEF.

Brasil. (1997). *Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, ética*. Brasília: MEC/SEF.

Cowie, H. (2005). "El problema de la violencia escolar: trabajando las relaciones". In: J. Sanmartín (Coord.), *Violencia y escuela* (pp. 183-187). Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.

Cowie, H., y Wallace, P. (2000). *Peer support in action*. London: Sage.

Garcia, J. (2009). Indisciplina e violência nas escolas: algumas questões a considerar. *Revista Diálogo Internacional*, 9(28), 511-523. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1981-416x2009000300008&script=sci_arttext. Acesso em: 22/4/2014.

Garcia, J. (2013). A persistente indisciplina nas escolas: Um Estudo sobre suas Razões. In: J. Garcia, L.R.P. Tognetta, y T.P. Vinha (Eds), *Indisciplina, conflitos e bullying na escola*. Campinas: Ed Mercado de Letras.

Leme, M.I.S. (2006). *Convivência, conflitos e educação nas escolas de São Paulo*. São Paulo: ISME.

Menin, M.S.S. (1996). Desenvolvimento Moral: Refletindo com pais e professores. In: L. Macedo, (Org.). *Cinco estudos de educação moral*. São Paulo, SP, Casa do Psicólogo.

Moriconi, G.M., y Bélanger, J. (2015). *Comportamento dos alunos e uso do tempo em sala de aula: evidências da Talis 2013 e de experiências internacionais*. São Paulo: FCC/SEP.

Nunes, C.A.A, Vinha, T.P., y Tognetta, L.R.P. (2016). *Ethical social living in schools: promoting the improvement of school climate*. In: *42st Association for Moral Education Conference*. Association for Moral Education, Harvard.

Nunes, C.A.A. (2016). Support for going to scale: Large scale principle based transformations with embedded knowledge building processes. Knowledge Building Summer Institute (KBSI 2016): Beyond Tried and True: The Challenge of Education for Innovation e 12th International Conference of the Society of the Learning Sciences (ICLS2016). June 20-24, 2016, National Institute of Education (NIE), Singapore. Disponível em: http://ikit.org/summer_institute/KBSI2016-FinalPapers/large_scale_transformations.pdf. Acesso em: 02/3/2017.

OECD. (2009). *Creating effective teaching and learning environments: first results from Talis*. Paris: OECD.

OECD/PISA. (2017). *Programme for International Student Assessment*. Disponível: <http://www.ideas-forum.org.uk/news/item/89-oecd-global-competency-report-published>. Acesso em: 02/3/2017.

ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 09/7/2015.

Puig, J.M. (2000). *Democracia e participação escolar*. São Paulo: Moderna.

Tognetta, L.R.P., y Daud, R.P. (2017). Quem educa em um ambiente educacional?. O legado piagetiano para pensar a convivência ética na escola e o papel da autoridade e do protagonismo infanto-juvenil. *Revista Scheme*, 9(Número Especial). Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/scheme/article/view/7148/4595>. Acesso em: 02/5/2017.

Vinha, T.P., Moraes, A., y Moro, A. (2017). *Manual de orientação para a aplicação dos questionários que avaliam o clima escolar*. Campinas, FE/ Unicamp. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=79559&opt=1>

Waiselfisz, J.J. (2016). *Caderno temático 1–o mapa da violência*. Recife: Flacso Brasil.

Wentzel, M. (2017). *O que mais mata os jovens no Brasil e no mundo, segundo a OMS*. BBC Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-39934226>. Acesso em 16/05/2017

Zechi, J.A.M. (2008). *Violência e indisciplina em meio escolar: aspecto teórico-metodológicos da produção acadêmica no período de 2000 a 2005*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.

Zechi, J.A.M. (2014). *Educação em valores: solução para a violência e a indisciplina na escola?* Tese Doutorado em Educação. Universidade Estadual Paulista, UNESP, Presidente Prudente, 250.

CAPÍTULO 18

Bienestar mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios: Un programa de psicología positiva

Delia Arroyo Resino y María Aranzazu Carrasco-Temiño
Universidad Complutense de Madrid

Introducción

La vida universitaria está compuesta por un gran número de factores estresantes, tales como, realización de exámenes, de trabajos individuales y grupales, prácticas, fechas de entregas, establecimiento de relaciones sociales, etc. (Figueiredo Ferraz, Cardona, y Gil-Monte, 2009). Por lo que no es extraño que los estudiantes universitarios presenten factores que amenazan a su bienestar tanto físico como psicológico (Cova et al., 2007). Lo que conlleva a la necesidad de aproximarse a la realidad de los mismos no sólo desde una perspectiva física, tal y como se ha hecho tradicionalmente, sino también atendiendo a su estado mental, ya que el mismo juega un papel fundamental en los niveles de motivación y de logro de los estudiantes (Villalobos et al., 2011).

Desde esta perspectiva algunas investigaciones han mostrado la importancia de las emociones positivas. Estas no solo radican en hacernos sentir bien, sino también en la capacidad que tienen para brindar resultados exitosos en los distintos aspectos y áreas de nuestra vida, tanto individual, familiar, académico y laboral. Los hallazgos de las investigaciones acerca del impacto de la felicidad señalan que las personas no son más felices porque les va bien en la vida, sino que, a la inversa, si son más felices aumentan la probabilidad de que les vaya bien (Lyubomirsky et al., 2005), y esto en el ámbito académico se puede traducir en mayor rendimiento académico, mayores éxitos, etc.

La Psicología Positiva se centra en el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo y de las condiciones que conllevan al desarrollo personal, grupal e institucional (Fernández-Ríos y Comes, 2009; Hefferon y Boniwell, 2011). A través de la misma se pretende analizar una serie de procesos y/o condiciones que permiten un estado de bienestar humano. Seligman y Csikszentmihalyi (2000) y Peterson (2006) establecieron que los tres pilares de la Psicología Positiva son el afecto positivo, ya que tiene un importe valor adaptativo y es fundamental para la especie humana (Fredrickson, 2009), los rasgos positivos o fortalezas que son los rasgos que contribuyen a la felicidad de las personas y las instituciones positivas que fomentan las emociones positivas.

Se han hecho varios estudios de meta análisis sobre la eficacia de las intervenciones basadas en la Psicología Positiva. Sin y Lyubomirsky (2009) analizaron 51 intervenciones con una muestra total de 4266 individuos, donde concluyeron que las intervenciones incrementan de manera significativa el bienestar y disminuyen la sintomatología depresiva, sobre todo en aquellas intervenciones individuales comparadas con las grupales. Bolier et al. (2013) analizaron 39 estudios y 40 artículos (con un total de 6139 participantes) revelando que el tamaño del efecto de las intervenciones es pequeño a la hora de aumentar el bienestar y reducir la sintomatología depresiva. Los seguimientos hechos a los 6 meses demostraron que se mantienen los resultados para el bienestar general y el bienestar psicológico en particular.

Además, existen diversas intervenciones basadas en la Psicología Positiva, donde la mayoría muestran resultados muy optimistas. Muestra de ello es el estudio de Schueller y Parks (2012). En este estudio se asignaron de manera aleatoria a los participantes (adultos de población general) a cuatro grupos diferentes en los que recibían ejercicios de psicología positiva durante 2, 4, o 6 semanas, habiendo un grupo control que solo rellenó una evaluación durante 6 semanas. Los participantes que

formaron parte de los grupos de 2 y 4 semanas de duración presentaron los menores niveles de depresión comparados con los otros grupos.

Otro ejemplo de intervención es GoStrengths, un programa de aprendizaje social y emocional diseñado para padres, niños y la comunidad educativa, desarrollado por Jain (2012). El programa se centra en 8 competencias básicas que incluyen el establecimiento de metas, la resolución de problemas, la capacidad de recuperación, el pensamiento optimista, el desarrollo de las fortalezas, la inteligencia emocional, las relaciones sociales y la autoconfianza.

Existen también proyectos de investigación como el de Wales Centre for Behaviour Change (Parkinson, Eccles, y Goodman, 2013) cuyo objetivo fue integrar la Psicología Positiva con las tecnologías emergentes y las ciencias de la conducta para promover la prosperidad y el bienestar. Empleaban las tecnologías con el fin de reducir la complejidad y la distracción ayudando de esta forma a los individuos a tomar decisiones óptimas.

La intervención online llevada a cabo por Drozd, Mork, Nielsen, Raeder y Bjorkli (2014) basada en actividades que fomentaban la gratitud, las actividades placenteras, las fortalezas, la bondad, el optimismo, el estilo atribucional y el mindfulness, obtuvieron como resultados, un balance afectivo ligeramente más orientado a las emociones positivas, resultado que se mantuvo en los seguimientos tras 6 meses de la intervención.

Los resultados obtenidos en las diversas intervenciones antes mencionadas ponen de manifiesto la potencial utilidad de los Programas de Psicología Positiva como medio de mejora de la calidad de vida de los participantes.

Otra de estas intervenciones es The Tuesday Program, elaborado por Aaron Jarden. El programa consiste en un breve curso online diseñado de forma gratuita. Tiene el objetivo de aumentar las habilidades y recursos de los participantes para enfrentar los desafíos de la vida (Jarden, 2010).

Dicho programa se diseñó para siete semanas, en las que cada martes se debe visualizar un video de alrededor de 10 minutos de duración. El objetivo es incrementar el bienestar de los participantes a través de técnicas basadas en la Psicología Positiva de una manera sencilla para los usuarios. Las temáticas utilizadas son (Jarden, 2010):

- Discovering and using your Strengths.
- Developing a Growth Mindset.
- Clarifying your Purpose and Values by thinking about what's meaningful for you.
- Thinking about and being Grateful more often.
- Communicating more effectively in your relationships.
- Utilising Relaxation Techniques.
- Being more Mindful.

La traducción de este programa al castellano para su utilización en países hispanohablantes fue realizada por la autora Mercedes Ovejero (Ovejero, 2012).

En base a el programa detallado anteriormente, se desarrolló un programa de Psicología Positiva con la finalidad de mejorar el bienestar de los participantes dentro del contexto educativo. Dicho programa tenía una duración de cuatro semanas donde una vez por semana a los estudiantes se les enseñan una serie de habilidades para mejorar su estado mental. El programa aplicado se ha reducido dos semanas de duración con respecto al original debido a cuestiones de disponibilidad de los participantes. Cada semana los participantes visualizan un video vinculado con el tema a tratar y tras dicho video se les proponía una serie de actividades que debían de realizar a lo largo de la semana, relaciona con la temática estudiada. Las temáticas tratadas se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1: Contenido del programa de Psicología Positiva

Semana	Temática	Descripción
1	Utilizando fortalezas humanas	Aprender a identificar las fortalezas humanas (basándose en el modelo VIA de Peterson y Seligman, 2004)
2	Mentalidad de crecimiento	Aprender la diferencia entre la mentalidad fija y la mentalidad en crecimiento y cómo responde ambas ante la adversidad. Este enfoque está basado en la teoría de Dweck (2007) sobre la importancia de la mentalidad en crecimiento a la hora de afrontar las adversidades del día a día
3	Comunicación eficaz	Trabajar la respuesta activa constructiva (Gable, Impett y Asher, 2004), como una estrategia eficaz a la hora de dar feedback a una persona que cuenta un hecho positivo que le ha sucedido.
4	Técnicas de relajación	Aprender las técnicas de relajación y visualización, basadas en pautas propuestas por autores como Davis, Eshelman y McKay (2008).

Método

Participantes

La muestra fue seleccionada de manera incidental y está compuesta por 150 (86% mujeres) estudiantes universitarios del tercer grado de Pedagogía cuya edad media es 21.5 años (DT=2.56). La muestra estaba organizada en tres grupos:

Grupo del programa de psicología positiva: compuesto por 50 estudiantes de tercer grado de pedagogía M1 (turno de mañana).

Grupo placebo: compuesto por 50 estudiantes de tercer grado de pedagogía del grupo M2 (turno de mañana)

Grupo cuasi-control: compuesto por 50 estudiantes de tercer grado de pedagogía del grupo M3 (turno de mañana)

Instrumentos

La batería de pruebas utilizada estaba compuesta por los siguientes cuestionarios.

Cuestionario de variables sociodemográficas: Se registró el sexo, edad, curso y clase de los alumnos. Como código identificador de los estudiantes se pidió que introdujeran el DNI sin la última letra y el último número para preservar el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Escala de Felicidad Subjetiva (Subjective Happiness Scale, SHS; Lyubomirsky y Lepper, 1999; adaptación española de Extremera y Fernández-Berrocal, 2013): Es una medida global de felicidad subjetiva. Consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert (de 1=muy en desacuerdo a 7=muy de acuerdo). El coeficiente de consistencia interna para la versión española de la SHS es igual a .81. Los análisis confirmatorios replican el modelo unifactorial de los autores originales (Extremera y Fernández-Berrocal, 2013).

Escala de Satisfacción General con la Vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS, Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985; adaptación española de Vázquez, Duque, y Hervás, 2013): La escala SWLS, consta de cinco ítems en los que se indica el grado de acuerdo con cada afirmación utilizando una escala tipo Likert de 7 puntos (de 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo). La consistencia interna del cuestionario para la muestra española es de .88 y la estructura factorial está compuesta de un único factor.

Escala de Conocimiento de Fortalezas (Strengths Use and Knowledge Scale, Govindji y Linley, 2007; Jarden, 2011): Se trata de un cuestionario de 10 ítems en escala Likert de 7 puntos que evalúa el conocimiento que la persona tiene de sus propias fortalezas. Contiene un ítem que evalúa el porcentaje de tiempo que la persona utiliza sus fortalezas. La fiabilidad de este cuestionario oscila entre .89 a .95.

Escala de Mindfulness (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS, Brown y Ryan, 2003): Es un inventario de 15 ítems en escala Likert de 6 puntos que evalúa la frecuencia con la que se experimentan experiencias de mindfulness en el día a día. Los datos psicométricos en población española revelan una estructura unifactorial y una fiabilidad de .897.

Cuestionario de valoración del programa: Es un cuestionario elaborado de manera simultánea a la realización de cada módulo, incluyeron 7 preguntas en escala Likert de 0 (mínima valoración) a 10 puntos (máxima valoración) para valorar cada uno de los módulos del Programa de Psicología Positiva. Asimismo, tras la realización del último módulo se incluyeron preguntas sobre el módulo de mayor impacto y menor impacto, niveles de motivación tras la finalización del programa, etc.

Procedimiento

El procedimiento empleado fue diferente para los tres grupos, aunque dos semanas previas al inicio de la intervención, se administró el protocolo de cuestionarios con la misma explicación para los tres grupos.

El Grupo del Programa de Psicología Positiva: Los estudiantes completaron los cuestionarios que formaron parte de la línea base. La semana de inicio de la intervención se presentó el Programa de Psicología y se completó el protocolo de evaluación (con los cuestionarios en un orden diferente al inicial). A continuación, y durante las 4 semanas siguientes, se puso en marcha el programa. Tras el programa de intervención, se llevaron varios seguimientos: a las dos semanas, al mes, y una medida al finalizar el curso académico, todos ellos con protocolos en los que se alteró el orden de presentación de los cuestionarios. La línea base se tomó a principios del segundo cuatrimestre del curso académico y la final al acabar el curso.

Grupo placebo: Se siguió el mismo procedimiento con respecto a la evaluación de la línea base e inicio de la evaluación con la intervención. En este caso, la intervención constó de una actividad en la que los participantes redactaban un diario de hechos que sucedieron a lo largo del programa. Se utilizaron los mismos seguimientos que para el grupo de El Programa de Psicología Positiva.

Grupo cuasi control: El mismo procedimiento que para los dos grupos anteriores, fue aplicado con respecto a la evaluación de la línea base y los seguimientos. Este grupo no formó parte de ninguna intervención.

Para los tres grupos, el protocolo de cuestionarios fue el mismo, y, en las sucesivas mediciones, salvo el cuestionario de variables sociodemográficas que siempre se colocó en primer lugar, se administró con los cuestionarios ordenados de manera aleatoria con el fin de prevenir el efecto del aprendizaje.

Diseño

En esta investigación se utilizó una metodología cuasi-experimental al no contar con asignación aleatoria de los participantes en cada grupo (aunque los grupos sí fueron asignados al azar). Se estudian los tres grupos mediante un diseño de series temporales.

Análisis de datos

Tras la comprobación de supuestos estadísticos, el análisis llevado a cabo es un Modelo de Regresión Multinivel (Field, Miles, y Field, 2014). Los análisis de datos se realizaron con el software estadístico R. El nivel de significación utilizado fue .05.

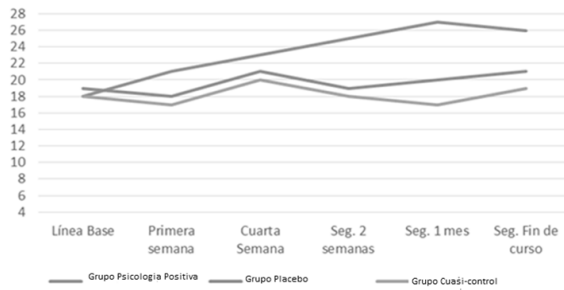
Resultados

Escalas de felicidad

Tras la verificación del cumplimiento de supuestos estadísticos, se llevó a cabo un Modelo de Regresión Multinivel para comprobar los efectos de la participación en El Programa de Psicología Positiva en comparación con los dos grupos (placebo y cuasi-control) en las puntuaciones globales del cuestionario SHS.

En la Figura 1 se reporta de manera gráfica los resultados con respecto a la Escala de Felicidad Subjetiva (SHS).

Figura 1. Escala de Felicidad Subjetiva

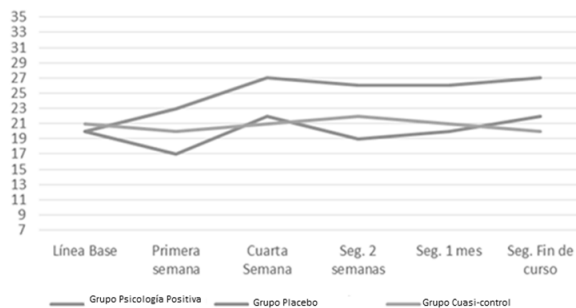


A la vista de los resultados, se observa que hubo un efecto de la condición en los niveles de Felicidad Subjetiva. Los participantes del Programa de Psicología Positiva puntuaron significativamente más alto que los grupos de comparación, resultado que se mantuvo en los seguimientos realizados tras la intervención.

Satisfacción general con la vida

Se realizó un Modelo de Regresión Multinivel para estudiar la satisfacción general con la vida en los tres grupos de comparación. Los resultados con respecto a dicha variable se describen en la Figura 2.

Figura 2. Escala de Satisfacción General con la Vida

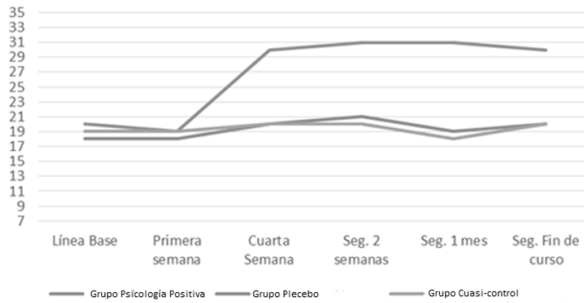


A la vista de los resultados, los participantes del Programa de Psicología Positiva mostraron una mayor puntuación en satisfacción vital desde la primera semana del programa, puntuación que se fue incrementando hasta la cuarta semana, a partir de la cual se estabiliza.

Conocimiento de fortalezas

Con respecto al Conocimiento de Fortalezas, se procedió con un Modelo de Regresión multinivel para comprobar los efectos de la participación en El Programa de Psicología Positiva comparándolos con el resto de grupos en las puntuaciones de este cuestionario, encontrándose los resultados descritos gráficamente en la Figura 3.

Figura 3. Conocimiento de fortalezas

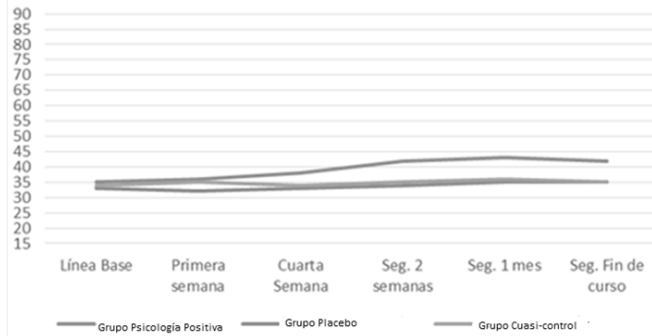


Hubo un gran incremento en las puntuaciones en la escala de conocimiento de fortalezas desde la primera semana en el grupo de El Programa de Psicología Positiva en comparación con los otros dos grupos. Este resultado se mantuvo estable desde la cuarta semana y hasta el último seguimiento realizado. El grupo placebo y el cuasi-control se mantuvo bastante estable.

Escala de Mindfulness

Nuevamente se utilizó un Modelo de Regresión multinivel para comprobar los efectos del Mindfulness en El Programa de Psicología Positiva comparándolos con el resto de grupos en las puntuaciones de este cuestionario. Los resultados se describen en la Figura 4.

Figura 4. Escala de Mindfulness



Valoración del Programa

La valoración del programa fue realizada únicamente por el grupo que participó en El Programa de Psicología Positiva. En este apartado se incluyeron preguntas sobre el módulo que les causó más impacto, las habilidades aprendidas y su puesta en marcha, la recomendación del programa a otros compañeros, una valoración de aspectos positivos y aspectos a mejorar del programa y la aplicación del programa dentro del ámbito de la Pedagogía.

El módulo de más impacto fue el de las fortalezas y el de relajación (un 60% de los participantes así lo indicó). Un 20% de los estudiantes destacó el módulo de crecimiento y un 15% el de comunicación. Las habilidades aprendidas con El Programa de Psicología Positiva se relacionan fundamentalmente con la relajación (un 55% de los estudiantes así lo afirmó), seguidas del mindfulness (un 22%) y la identificación de fortalezas (un 18%). De estas herramientas, las más aplicadas fueron la relajación y el mindfulness (un 80% de los participantes así lo refirió), y las fortalezas (un 15%). En cuanto al

sentimiento de motivación hacia los estudios tras la realización del programa el grupo de Psicología Positiva reflejó niveles de motivación hacia el estudio de un 80% frente al 35% que había mostrado antes de la intervención. El 90% de los estudiantes recomiendan que este programa no se utilice sólo con estudiantes, sino que se generalice a toda la población. Los aspectos positivos del programa más comúnmente destacados fueron la posibilidad de analizarse a uno mismo (30% de los estudiantes afirmó este hecho), las habilidades y herramientas aprendidas (30%) y el conocer sus fortalezas (30%).

Discusión/Conclusiones

En la presente investigación se pone a prueba la eficacia de un programa de intervención basado en la Psicología Positiva. Los resultados obtenidos demuestran que el Grupo del Programa de Psicología Positiva muestra resultados mayores en comparación con los otros grupos (cuasi control y placebo) en felicidad (evaluada a través del SHS), porcentaje de satisfacción vital, y conocimiento de fortalezas. No se encuentran diferencias significativas en Mindfulness.

Estos resultados demuestran que el programa de intervención tiene buenos niveles de eficacia a la hora de incrementar la felicidad y la satisfacción de los estudiantes a corto, medio y largo plazo. Resultados parcialmente compatibles con otras investigaciones que también incluyeron mediciones de felicidad, satisfacción y uso de fortalezas (Baños et al., 2014; Davis y Zautra, 2013; Lyubomirsky et al., 2011; Ovejero, Miguel-Vicente, Jarden, Köppl, y Vega, 2015; Sin y Lyubomirsky, 2009).

Mientras que en esta investigación las fortalezas y la relajación se consideraron los módulos de mayor impacto. En un estudio piloto realizado por Ross, Bathurst y Jarden (2012) sobre el Programa de los Martes, el tema más popular fue el de relajación, seguido del de gratitud, *mindfulness* y comunicación. Pero ambos estudios coinciden en que todos los participantes consideraron que las herramientas propuestas eran fáciles de utilizar y de incorporar en el día a día y que el Programa de Psicología Positiva tiene un impacto positivo en el bienestar de los participantes.

En población universitaria española, el estudio piloto de Ovejero et al. (2015) concluyen que el programa de psicología positiva que proponen ayuda a fomentar la felicidad, la satisfacción vital, el uso y conocimiento de fortalezas y el afecto positivo. Estos resultados son similares a los obtenidos en dicha investigación y además también se mantienen a lo largo del tiempo. En la investigación de Ovejero et al. (2015) los módulos más valorados fueron el de fortalezas y el de relajación, estos resultados son los mismos que los obtenidos en este estudio.

Algunos de los resultados relacionados con el incremento de las puntuaciones en las escalas de felicidad y satisfacción vital pueden estar asociados a variables no controladas. Por ejemplo, el último seguimiento se realizó a finales de curso, y este hecho puede provocar un incremento en las puntuaciones de felicidad y satisfacción vital en todos los estudiantes que participaron en cada uno de los tres grupos considerados para esta investigación. Tampoco se evaluaron conocimientos previos sobre Psicología Positiva, el nivel de depresión, ansiedad y otras patologías y el nivel de motivación e implicación de los estudiantes solo se midió en el grupo de Psicología Positiva antes de la intervención.

La principal limitación de esta investigación está relacionada fundamentalmente con la falta de selección aleatoria de participantes, no permitiendo alcanzar un alto nivel de validez externa (Ato y Vallejo, 2007). Otra limitación que debiera ser resaltada tiene que ver con las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, ya que en ninguna investigación se analiza las bondades de estos cuestionarios en lo que se refiere a su sensibilidad al cambio, lo cual podría estar mediando en la no aparición de diferencias significativas en algunas de las variables.

El uso de una muestra de estudiantes universitarios restringe la generalización de los resultados a población general, con lo cual, los resultados deben interpretarse con la debida cautela. También, se ha de resaltar que el estudio se llevó a cabo durante el segundo cuatrimestre, lo cual puede provocar un efecto en los seguimientos a largo plazo relacionado con un mayor afecto positivo tras la fase de exámenes de los estudiantes evaluados en los tres grupos.

Por otra parte, y a pesar de que en el estudio se perdió un porcentaje de datos de participantes, efecto pernicioso que afecta a los diseños longitudinales, el uso de Modelos Lineales Multinivel permite superar este gran inconveniente (Field, Miles, y Field, 2014).

Se sugiere estudiar la eficacia del programa en otras poblaciones no universitarias y realizar investigaciones que permitan la asignación aleatoria de los participantes a cada grupo.

Referencias

- Ato, M., y Vallejo, G. (2007). *Diseños experimentales en Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Baños, R.M., Etchemendy, E., Farfallini, L., García-Palacios, A., Quero, S., y Botella, C. (2014). EARTH of Well-being System: A pilot study of an Information and Communication Technology-based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology, 9*.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*, 119-129.
- Brown, K.W., y 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.
- Cova Solar, F., Alvial, S.W., Aro, D.M., Bonifetti, D.A., Hernández, M.M., y Rodríguez, C.C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la universidad de concepción. *Terapia Psicológica, 25*(2), 105-112.
- Davis, M.C., y Zautra, A.J. (2013). An online mindfulness intervention targeting socioemotional regulation in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine, 46*, 273-284.
- Davis, M., Eshelman, E.R., y McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6ª Ed.). Oakland: New Harbinger Publications.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Drozd, F., Mork, L., Nielsen, B., Raeder, S., y Bjorkli, C.A. (2014). Better days – A randomized controlled trial of an internet-based positive psychology intervention. *Journal of Positive Psychology, 9*, 377-388.
- Dweck, C. (2007). *La actitud del éxito*. Barcelona: Ediciones B.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocá, P. (2013). The Subjective Happiness Scale: Translation and preliminary psychometric evaluation of a Spanish version. *Social Indicators Research, 119*, 473-481.
- Fernández-Ríos, L., y Comes, J.M. (2009). Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5*, 7-13.
- Field, A., Miles, J., y Field, Z. (2014). *Discovering statistics using R*. Londres: Sage Publications Ltd.
- Figueiredo-Ferraz, H., Cardona, S., y Gil-Monte, P. (2009). Desgaste psíquico y problemas de salud en estudiantes de psicología. *Psicología em Estudo, 14*(2), 349-353.
- Gable, S.L., Reis, H.T., Impett, E., y Asher, E.R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 228-245.
- Govindji, R., y Linley, P.A. (2007). Strengths use, self-concordance and well-being: implications for strengths coaching and coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review, 2*, 143-153.
- Hefferon, K., y Boniwell, I. (2011). *Positive psychology. Theory, research and applications*. Nueva York: Open University Press.
- Jain, R. (2012). *Go Strengths! Social & Emotional Learning...Revolutionized!* Recuperado de <http://www.gostrengths.com/>
- Jarden, A. (2010). *The Tuesday Program*. Recuperado de www.thetuesdayprogram.com
- Jarden, A. (2011). *Positive Psychological Assessment: a practical introduction to empirically validated research tools for measuring wellbeing*. Recuperado de www.aaronjarden.com
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, Ed. (2009). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin, 131*(6), 803-855.
- Lyubomirsky, S., y Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46*, 137-155.
- Ovejero, M, Miguel-Vicente, C., Jarden, A., Velázquez, M., Köppl, L., y Vega, E. (2015). *The Tuesday Program: a pilot study about its efficacy*. Póster presentado en el Forth World Congress on Positive Psychology. Lake Buena Vista, 25-28 de junio de 2015.
- Parkinson, J., Eccles, K., y Goodman, A. (2014). Positive impact by design: The Wales Centre for Behaviour Change. *The Journal of Positive Psychology, 9*, 517-522.

Pérez Villalobos, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz Ruiz, C., Baquedano, M., y Jiménez Espinoza, J. (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 148-160.

Peterson, C. (2006). The Values In Action (VIA) classification of strengths. En M. Csikszentmihalyi, y I.S. Csikszentmihalyi (Eds.). *A Live Worth Living. Contributions to Positive Psychology* (pp 29-48). Nueva York. Oxford University Press.

CAPÍTULO 19

Análisis del orden en el que el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen deberían aparecer en el proceso de maduración personal para alcanzar el bienestar emocional

María Silvia López Alonso

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, investigadora predoctoral

Introducción

“El 6 de octubre del 2014 a las 22-12 horas, se confirmaba el primer caso de contagio de ébola en España. Una auxiliar de Enfermería se había contagiado al atender a un paciente infectado en Sierra leona cuando era trasladado a España, al Hospital Carlos III” Treceño (2014).

Tras conocer esta noticia, toda España estuvo pendiente de la evolución de la enfermedad de la Auxiliar con la respiración contenida. Al día siguiente, la enferma es tratada con suero de la hermana Paciencia, una monja que había padecido y superado recientemente la enfermedad del ébola. Por precaución, aíslan al marido de la enferma y unas cincuenta personas son puestas bajo vigilancia. Tres días después de declarársele el ébola, la enferma empeora y su situación es crítica. Muchos piensan que la Auxiliar no superará la enfermedad. Todo el país vive absorto de las noticias que los medios de comunicación transmiten diariamente y le llora la mala suerte que la buena mujer ha tenido en el ejercicio de su honroso trabajo. La preocupación por la evolución de la enferma se generaliza y va en aumento. A la enferma la atienden 14 médicos, los mejores. Cuando se la trata con un nuevo fármaco antiviral, la enferma está consciente y habla con los sanitarios. Parece que su salud permanece estable, no mejora, pero tampoco se pone peor. Muchos españoles vivenciamos con un nudo en la garganta la evolución del ébola en su cuerpo día a día. Y habríamos dado una mano, un brazo, un riñón, un ojo. Si ello nos hubiera dado la garantía de que la enferma salvaba su vida. Esta inquietud era manifiesta en los medios de comunicación que cada hora daban noticias al respecto, sus reporteros asentados de forma permanente a las puertas del Hospital Carlos III. Los médicos del equipo que trataban a la enferma, al principio inexpertos –algunos reacios- daban a conocer diariamente el parte del estado de la enferma. Y que, en las horas inmediatas, los medios de comunicación trasladaban a los hogares españoles.

Afortunadamente, un mes después, la enferma había superado la enfermedad y dejaba el hospital. El caso de la enfermedad de esta Auxiliar de Enfermería es uno de tantos que, por su contenido emocional, llegan a conmover y tener en vilo a toda una nación. Secuestros, desapariciones, accidentes fatídicos, etc. Parece que, al vernos identificados, sentimos que nos podría haber tocado a nosotros en suerte y por capricho del destino nos hemos librado. Y, repito, muchos paisanos dispuestos a arrancarse un ojo si ello fuera garantía de devolver a estas personas malogradas a su estado de salud inicial. En este sentido de cosas, ¿cuántas situaciones de búsqueda de personas se han dado y se darán en las que los medios humanos superan en número a los desaparecidos y los materiales son incalculables? ¿Cuál es el valor de una vida? ¿Por cuánto puede tasarse? ¿Hay dinero suficiente para pagarla? Si la sociedad civilizada da muestras constantes y abundantes de que le importa la vida de quien sufre, y a más sufrimiento más es capaz de implicarse y aunarse en esa causa. ¿Por qué no sabemos querer a nuestros hijos de la misma forma? ¿Por qué los queremos a ratos y no somos constantes en las muestras de afecto? ¿Por qué muchos padres no somos capaces de ser congruentes con lo que les decimos? Es decir, cuando les pedimos que actúen o piensen de una determinada manera, aun cuando nosotros no somos capaces de hacerlo. Cuando les pedimos o exigimos que sigan unos patrones o directrices determinadas cuyo modelo pueden ver en nosotros porque actuamos en consecuencia. Esto es, que no estamos cambiando cada mes de punto de

vista, de táctica familiar. Que un día nos levantamos condescendientes, otro día, autoritarios, el fin de semana somos permisivos, el lunes volvemos a ser autoritarios. ¿Nos hemos cuestionado en algún momento de nuestra existencia si somos capaces de ofrecer a nuestros hijos lo que realmente necesitan, lo que verdaderamente les hace felices? ¿Una base sobre la que pueda asentarse la persona que llegarán a ser en un futuro no muy lejano y que es el amor? ¿Se han instruido en ello para ofrecérselo? ¿Alguna vez se han cuestionado si lo que ofrecen a sus hijos es realmente lo que les hace felices?

Los niños lo quieren todo. Todo el amor que se les pueda dar en formato cariño, atención, paciencia, diálogo, comprensión, reconocimiento, tiempo invertido. Es propio de ellos ser impacientes, y no se conforman con alternativas. Porque el cariño, la atención, la paciencia, el diálogo, la comprensión, el reconocimiento y el tiempo que les dedicamos han de ser auténticos. Han de salir del corazón: “No salgo de cena con mis amigos, miro sólo medio partido de fútbol, una película a medio empezar, a punto de acabar, escucho paciente tus peroratas porque me importas tú y todo lo tuyo, porque te quiero”. No están pendientes de si sus padres tienen o no defectos porque los quieren tal como son. Como tampoco les importa su edad –ellos no entienden de cronología, ni son psicólogos- si son jóvenes o viejos, si están cansados, tristes, enfermos, con un mal día, sin trabajo. Los niños se alimentan, crecen, se desarrollan, maduran, se hacen personas y alcanzan su plena autonomía con las muestras de cariño de sus padres. Porque su vida se sostiene sobre el reconocimiento de que son sus hijos y, por tanto, son importantes para ellos. Porque, si un hijo no se siente reconocido por sus padres y familiares cercanos, ¿quién más le puede reconocer en un nivel de hijo, de hermano, de nieto, de primo o sobrino? Y los amigos este papel no lo podrán suplir nunca ¿O es que alguien no ha sido niño y desconoce esta realidad?

Concepto de persona

El profesor Elio Sgreccia en su conferencia titulada “Persona y Personalismo” defiende que “El término persona fue introducido en el lenguaje filosófico por el estoicismo popular con el significado de máscara (per-sonare, resonar de la voz), en el sentido de rol del actor en un contexto dramático que indicaba metafóricamente la tarea y la parte que el hombre representaba en su vida” (2008, p. 116). Sin embargo, la aportación del cristianismo fue determinante, en cuanto que al término persona se le atribuyó de una consistencia oncológica la cual favoreció que, en sus orígenes se le caracterizara de una connotación teológica” (2008, p. 116). Pero será Severino Boecio de la filosofía escolástica, quien define la persona como sustancia individual de naturaleza racional. Y, por tanto, persona es un ente real, una subsistencia particular del género universal y abstracto de la esencia, concretizada en el individuo en concreto. Esto es, que la persona existe en sí y para sí, en virtud exclusiva de su mismo acto de ser e independientemente de la existencia de otra sustancia o de sus cualidades. En consecuencia, “de una sustancia entendida de esta manera se puede predicar la inmutabilidad y la permanencia (en el espacio y el tiempo) y, por lo tanto, también la identidad. La individuación se refiere a la unicidad y al carácter irreplicable de la persona humana (...). La corporeidad es el principio de individuación y de diferenciación de la sustancia que se manifiesta según coordinadas espacio-temporales: es el simple existir como cuerpo” (2008, p. 117).

También hace un breve recorrido a través del pensamiento vigente de la filosofía moderna. En este ámbito, explica que Descartes separa radicalmente el pensamiento del cuerpo. La doctrina hegeliana reduce la persona a modo de la sustancia espiritual absoluta. Hume reduce la persona humana a su mente, la identifica con ella. Para el empirismo, la persona humana no es una identidad distinta de los otros, se identifica con la experiencia subjetiva de la sucesión de ideas. No obstante, el pensamiento filosófico actual recupera el significado de relación, pero no en el sentido de auto-relación sino de hetero-relación, esto es, de relación con el mundo y los demás. Husserl identifica el Yo desde el aspecto intencional de la vida en relación con lo otro. “La conciencia es entendida como aquello que da sentido al mundo, dirigida al mundo y no a sí misma” (2008, pp. 117-118). En resumen, Elio Sgreccia defiende

que todas estas concepciones contemporáneas son reduccionistas de la persona humana porque, al considerarla al mismo nivel que las otras cosas creadas, la empequeñecen.

Sellés (2006) en su libro *Antropología para inconformes* defiende que “en los hombres el núcleo personal no se pasa de unos a otros, porque cada persona es irrepetible. Yo no soy yo en virtud de algo que ha evolucionado en mi padre. De ahí se deduce que el hombre (*sapiens*) no está en función de cada hombre, pues todo lo que en nosotros es característico de la especie lo ponemos al servicio de nuestros planes, de nuestra inteligencia” (p. 152).

En este sentido de cosas, Wojtyła (2005) en su libro *El hombre y su destino* afirma que “construyendo la imagen de la persona-sujeto sobre la base de la experiencia del hombre, alcanzaré muchas cosas de la experiencia de mi yo, pero nunca separadamente de los otros” (p. 47). Y en otra de sus obras *Persona y Acción* afirma: “La experiencia del hombre está formada por la experiencia de sí mismo y de todos los demás hombres, cuya posición, en relación al sujeto, es la de objeto de experiencia, es decir, que están en relación cognoscitiva directa con el objeto” (p. 4).

Frankl (2011) sostiene que el hombre, pese a estar sujeto a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales, producto de la herencia y del ambiente. Posee la libertad para adoptar una postura personal frente a esos condicionantes. Pues de no ser así, lo convierte en un robot, no sería un ser humano (pp. 149-150). Efectivamente, “El ser humano no es un objeto más entre otros objetos; las cosas se determinan unas a otras, pero el hombre, en última instancia, es su propio determinante. Lo que alcance a ser –considerando el realismo de la limitación de sus capacidades y de su entorno- lo ha de construir por sí mismo” (p. 153).

En el estudio sobre la persona humana desde el punto de vista psicológico de Antonio Delgado (1949), se defiende que “la persona es el sujeto por excelencia, un espíritu individual y activo del ser humano” (p. 270), que “la persona es un todo intrínseco, un sujeto que se enfrenta no sólo al mundo externo, sino a su propio mundo interior actual y potencial (...) la persona no siempre se da como una estructura monárquica de actos con unidad de sentido, sino que se explicita a veces como informe realidad vivida, como disposición indistinta, como querer indeciso y hasta como parte ambigua o discordante” (p. 273).

Concepto de apego

Craig y Baucum (2009) en el *Desarrollo psicológico* manifiestan que el niño nace en un entorno rico en expectativas, valores, normas y tradiciones. Lo cual, unido a otras circunstancias, favorecerá que se conforme su personalidad. Desde el plano social del niño, este se socializa en los dos primeros años de su vida que es donde empieza a formarse y a confrontar normas sociales de conducta, leyes, reglas y valores. Todo lo cual ayudará a dibujar su propia personalidad a medida que a haciéndose mayor. Esto es, a aceptar o rechazar de forma activa las reglas y las normas (p. 168).

La palabra apego hace referencia a la primera relación del recién nacido con sus cuidadores, padres, familiares cercanos o tutores. Define la cercanía de una persona en concreto. “Esta relación se caracteriza por una gran interdependencia, por sentimientos mutuos intensos y fuertes vínculos emocionales” (p. 169). El apego es recíproco y consiste en compartir experiencias de un modo cooperativo para lo cual se requiere un comportamiento concreto y son varios: señales (llanto, sonrisas, vocalizaciones), orientación (mirada), movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse, coger la mano) (p. 169). Son estas unas conductas imprescindibles, porque de no darse, difícilmente podría haber apego. Es muy relevante la importancia de la comunicación emocional entre los cuidadores y los niños incluso de tres meses de edad pues constituye uno de los factores determinantes del desarrollo emocional sin el cual el niño no podrá alcanzar sus metas (p. 173).

En “Attachment Theory” su autor McLeod (2009) nos habla del apego, entre otras cosas, a través de los experimentos de Harlow y Ainsworth. Explica que el experimento de Harlow con los monos

evidencia la importancia de las relaciones afectivas entre padres e hijos y las formas de apego. De cómo las relaciones de apego padres-hijos se crean a través del contacto físico, el reconocimiento, la protección, las palabras expresadas con ternura, el cariño que se desprende de ellas, etc. La seguridad en el apego es importante para el desarrollo socioemocional de los hijos desde su nacimiento. La existencia de apego seguro en la infancia de un niño refleja una relación positiva con sus padres. Que las amenazas de apego, el apego inseguro y/o desorganizado genera inseguridad en el hijo y, en consecuencia, una conducta ambivalente como ansiedad, inseguridad, separación, incertidumbre, tristeza, etc. En definitiva, que, desde el punto de vista de los adultos, los adultos sin hijos con mayor estado de apego seguro tienen una mayor motivación para los padres.

En Ainsworth, McLeod analiza la situación extraña. Una herramienta de investigación estandarizada que evalúa los patrones de apego en bebés y niños en brazos. Este sistema pone de manifiesto cómo los niños pequeños usan a su cuidador como fuente de seguridad. Que la inseguridad se genera en el niño cuando los padres o el cuidador no están a la vista. Lo que explica que, cuando la figura de apego está junto al niño, le proporciona ánimos y estimula para jugar, explorar e investigar el entorno que es lo propio de su edad.

La familia

El pasado 16-09-2017, el obispo de Barbastro-Monzón Monseñor Ángel Pérez Pueyo, en la homilía de la celebración de la XXVII Jornada Mariana de la Familia pronunció palabras verdaderamente relevantes referidas a la importancia de la familia para el desarrollo integral de la persona. Que la persona no es un individuo aislado sino persona en relación, por ello en el hogar, en la familia es donde se aprenden las mejores lecciones de la vida. Porque allí se descubren y potencian las mejores capacidades de cada uno, donde se aprende a ayudar los unos a los otros. La familia es la red social más potente donde cada miembro es el más importante. Por esto que la familia es el microclima, el ecosistema más antiguo del mundo.

García, en su libro *El laberinto social* argumenta que “La familia es la primera de las instituciones sociales por cuanto es el primer lugar de la sociedad donde el hombre se personaliza y cada hombre se constituye como individuo y, al mismo tiempo, como relación. En el ámbito familiar cada uno adquiere, al menos inicialmente, sus principales actitudes, valores, objetivos, etc., no sólo referidos a algún aspecto de la vida, sino a todos” (1999, p. 173). “En ella toman forma tres dimensiones importantes de la vida humana: la intimidad, la educación la economía” (1999, p. 174).

La Conferencia Episcopal Española (CEE) añade que “El hombre no puede vivir sin amor, pues él permanece para sí mismo incomprensible, su vida está privada de sentido si no se le revela el amor. Que todo hombre necesita el amor para reconocer la dignidad propia y de los otros y para encontrar un sentido valioso a su vida. Es el amor que le pueden ofrecer, en primer lugar, sus padres, su familia y, después, tantas otras personas y también la sociedad” (CEE, 2001, p. 1).

Se hace necesario destacar la valoración con respecto del autoconcepto que se hace de la familia en el estudio *Caracterización del autoconcepto en adolescentes con intento suicida del área de salud Manicaragua*: “Si bien la situación académica y la actitud negativa hacia el estudio constituyen fuente desfavorable para el autoconcepto en estos adolescentes, el adecuado vínculo establecido entre la mayoría de las familias (al menos de uno de los padres) con la escuela, se convierte en un factor importante de apoyo” (Balsa et al., 2011).

Autoconcepto, autoimagen y autoestima

Boeree (1998) en *Las teorías de la personalidad* detalla de Gordon Allport que la mayoría de los comportamientos humanos están motivados por un funcionamiento propio que es la expresión de uno mismo, a lo que Allport puso mucho énfasis y denomina *Self* o *Propium*. “La mayoría de las cosas que

hacemos en la vida es ¡una cuestión de lo que somos! El funcionamiento propio se caracteriza por su tendencia a la actividad su orientación al futuro y que es psicológico” (Allport, 1897-1967).

Autoconcepto

Celada Cajal manifiesta que el autoconcepto “Es la suma de creencias de un individuo sobre sus cualidades personales. Lo que la persona sabe de sí misma y lo que cree que sabe. Este concepto de sí mismo se forma a lo largo de la vida de cada persona. El Autoconcepto es la interpretación de nuestras emociones, nuestra conducta y la comparación de la misma con la del otro, si es similar o la nuestra o no. Y está en la base de la autoestima” (Celada, 2013, p. 1).

De otra parte y, en referencia a la teoría de la autoestima, Hill (2013) manifiesta que la palabra autoconcepto es un término general usado para referirse a cómo alguien piensa o se percibe a sí mismo. La creencia del individuo sobre sí mismo con todos sus atributos, además de la concepción que tiene de su yo. El autoconcepto incluye dos experiencias diferentes del yo. 1. El Yo Existencial que hace referencia a la parte más básica del auto-esquema o concepto de sí mismo. Es la sensación de ser separado y distinto de los demás y la conciencia de la constancia del yo. El cual tiene lugar en la infancia y se debe a la relación que el niño tiene con el mundo 2. El Ser Categórico es la conciencia de que el niño además de existir es también un objeto en el mundo, del mismo modo que las otras personas y los objetos poseen propiedades que pueden ser experimentadas (grandes, pequeñas, rojas, lisas, etc.). De este modo, el niño puede darse cuenta de que su yo también puede ser puesto en categorías como la edad, género, tamaño, raza, etc. Si bien es verdad, que en la primera infancia las categorías que los niños aplican a sí mismos son muy concretas (color del cabello, altura, sus cosas favoritas, etc.). En la medida que van haciéndose mayores, la autodescripción también comienza a incluir referencias a rasgos psicológicos internos, evaluaciones comparativas y cómo otros los ven.

Hill (2013) argumenta que, más allá de estas dos formas básicas de experimentar el yo, el concepto de sí mismo abarca tres cosas: 1. La visión que uno mismo tiene de sí mismo: Autoimagen; 2. La cantidad de valor que uno mismo se da a sí mismo: Autoestima; 3. Lo que uno mismo desea ser realmente: Yo ideal.

En cuanto a la formación del autoconcepto y los posibles que tenga de ser positivo o negativo, Machargo defiende que “El autoconcepto se construye y define a lo largo del desarrollo por influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso” (Machargo, 1991, pp.33)

Autoimagen

Sobre la autoimagen, Celada afirma que “una vez que hemos formado un autoconcepto coherente de nosotros mismos, entonces construimos nuestra autoestima. La autoestima es básicamente cómo nos sentimos con nosotros mismos. Según nuestro autoconcepto nos podemos sentir con falta de valía o por el contrario muy válidos. Esta sería la suma de juicios que una persona tiene de sí misma. Es la dimensión afectiva de la imagen personal que se relaciona con datos objetivos, con experiencias vitales y con expectativas. La ingeniosa fórmula de James (1890) dio una pauta a seguir: Autoestima= Éxito/Pretensiones” (Celada, 2013, p. 1).

Básicamente, la autoimagen hace referencia a la propia imagen, a lo que uno mismo ve de sí mismo. Si bien, no necesariamente tiene que reflejar la realidad. De hecho, personas que sufren trastornos alimentarios siempre tendrán una visión distorsionada de su forma física. Pero no podemos perder de vista que la autoimagen de una persona siempre se verá afectada por muchos factores, como las influencias de los padres, los amigos, los medios de comunicación, etc.

Hill (2013) añade que la autoimagen de uno mismo incluye 1. Descripción física: soy alto, tengo ojos marrones, etc. 2. Roles sociales: Funciones como estudiante, ama de casa, miembro de un equipo de fútbol no sólo ayudan a los demás a reconocernos, sino que también nos ayudan a saber lo que se espera

de nosotros en diversas situaciones. 3. Rasgos personales: soy impulsivo, soy generoso, tiendo a preocuparme mucho, etc.

Autoestima

Hill (2013) manifiesta que la autoestima hace referencia a la medida en que nos gustamos o aceptamos a nosotros mismos. Es la valoración que hacemos de nosotros mismos que puede ser positiva (confianza en uno mismo, autoaceptación, optimismo, no preocuparse excesivamente de lo que otros piense, etc.) o negativa (falta de confianza, querer ser o parecer otro distinto a uno mismo, preocupación excesiva por lo que otros piensan, pesimismo, etc.).

Destacar que Hill (2013) considera relevantes los mensajes que recibimos de las experiencias en la relación con los otros, sus reacciones, si nos evitan o halagan, si nos escuchan atentamente o no, tendemos a desarrollar una imagen positiva o negativa. A este respecto, las primeras experiencias, particularmente los mensajes de los padres tienen una influencia significativa en la autoestima de los hijos. Si al compararnos con los otros nos quedamos en un plano inferior desarrollaremos una autoestima negativa; pero si los vemos menos exitosos que nosotros, desarrollaremos una autoestima positiva. También los roles sociales favorecen o no la autoestima. Por ejemplo, profesiones como la de médico, presentador de televisión, o atleta profesional promueven la autoestima. Mientras que otras profesiones como criada, basurero, jornalero pueden disminuir la autoestima.

Al margen de que los roles unos estén mejor considerados socialmente que otros, permiten que la persona se identifique como parte de un grupo, comunidad, profesión, empresa, familia, etc., lo cual favorece también que haya autoestima. A este respecto Fernández manifiesta que “La valoración recibida por los otros, las experiencias de éxito y fracaso, las comparaciones sociales y, finalmente, la elaboración del marco interpretativo propio es un factor determinante para el desarrollo de un buen autoconcepto y autoestima (Fernández, 2008, p. 16).

Objetivos

1. Averiguar el concepto de persona. 2. Estudiar el concepto de apego. 3. Valorar la importancia de la familia para que haya apego. 4. Analizar y definir los términos: autoconcepto, autoestima y autoimagen. 5. Examinar la relación que guardan con el apego. 6. Argumentar el orden en el que deberían desarrollarse estos términos a fin de alcanzar un óptimo desarrollo emocional

Metodología

Bases de datos utilizadas para la búsqueda bibliográfica: ScienceDirect, EBSCOHOST, Scielo, Researchgate, Pubmed, Google académico, y repositorio de la UCV. Descriptores: persona, desarrollo emocional, apego, autoconcepto, autoestima, autoimagen.

Resultados

Se ha estudiado el concepto de persona como un ser único, irrepetible, libre, relacional y, por tanto, social. Se ha analizado el concepto de apego y su relación directa con la vida de la persona. Se examina la relación que el apego guarda con los términos autoconcepto, autoimagen y autoestima. Se definen estos términos y su relevancia en el desarrollo emocional de la persona. Y, finalmente, se argumenta el orden de aparición que estos términos deberían tener para que haya un óptimo desarrollo emocional en la persona.

Discusión/Conclusiones

Dado que el hombre como persona es un ser único, irrepetible y libre, y como ser humano es relacional y social con capacidad de proyectarse hacia el futuro. Cuya corporeidad es el principio de individuación y de diferenciación. Y está dotado de la capacidad de amar y de aprender unos valores de

sí mismo y de su entorno. Se considera indispensable la presencia del apego desde su nacimiento en orden a que la persona alcance un óptimo desarrollo emocional. El apego es un factor determinante del desarrollo emocional del niño, un sistema de comunicación recíproca que se da entre el niño con su cuidador. Sobre el apego se asientan la autoimagen y la autoestima.

Siendo que la autoimagen y la autoestima son, respectivamente, cómo uno se ve y cómo se valora a sí mismo, y el autoconcepto la manifestación de lo que uno mismo es. Podemos concluir que, 1. Si el autoconcepto es la dimensión afectiva (autoestima) de la imagen personal (autoimagen), autoimagen y autoestima deben ser parte integrante del autoconcepto. 2. No se puede tener una dimensión afectiva de uno mismo, ponerse en valor (autoestima) si no se es capaz de reconocerse a sí mismo sin distorsiones (autoimagen), por tanto, la autoimagen debe darse antes que la autoestima.

Referencias

- Balsa, A., Naranjo, R., y Rodríguez, Y. (2011). *Caracterización del autoconcepto en adolescentes con intento suicida del área de salud Manicaragua*. Universidad de Málaga. Disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/13/apl.html>
- Boeree, C.G. (1998). Gordon Allport. *Teorías de la Personalidad*. Psicología Online. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm>
- CEC. Conferencia Episcopal Española. (2001). *La familia, santuario de la vida y esperanza de la sociedad*. LXXVI Asamblea plenaria de la conferencia EPISCOPAL (27-04-2001). Madrid. Disponible en http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/familia_santuario.htm
- Celada, F. J. (2013). ¿El suicidio es consecuencia de un bajo autoconcepto y de una autoestima disminuida? *Researchgate*. DOI: 10.13140/RG.2.1.4736.3608
- Craig, G. J., y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. (9ª. Ed.). PEARSON. México.
- Delgado, H. (1949). *La persona humana desde el punto de vista psicológico*. Actas del Primer Congreso Nacional de Filosofía. Argentina, (1), 270-280.
- Fernández, A., y Goñi, E. (2008). El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *International Journal of Development and Educational Psychology*. Psicología de la educación. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 13-22. ISSN: 0214-9877.
- Frankl, V. (2011). *El hombre en busca del sentido*. Herder. Barcelona.
- García, P. (1999). *El laberinto social. Cuestiones básicas de Sociología*. (3ª. Ed.). EUNSA. Pamplona.
- Hill, N. L. (2013). *Theory of Self-Esteem*. Recuperado de <http://practicewisdom.blogspot.com.es/2013/06/self-concept-self-image-ideal-self-and.html>
- Machargo, J. (1991). *El profesor y el autoconcepto de sus alumnos*. Teoría y práctica. Madrid: Escuela Española.
- McLeod, S. A. (2009). *Attachment Theory*. Recuperado de www.simplypsychology.org/attachment.html
- Pérez, A. (2017). *XXVII Jornada mariana de la familia*. Homilía. Santuario de Torreciudad. Huesca.
- Sellés, J. F. (2006). *Antropología para inconformes*. Rialp. Madrid.
- Sgreccia, E. (2013). Persona humana y personalidad. Instituto de Bioética. *Cuadernos de bioética XXIV*. 2013/1ª, pp. 115-123.
- Simkin, H., Etchezahar, E., Ungaretti, J. (2012). *Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores*. HOLOGRAMÁTICA. Facultad de Ciencias Sociales. *UNLZ*, 17(2), 171-193. ISSN 1668-5024.
- Trecheño, G., y López A. (2014). *Una auxiliar de enfermería que atendió al misionero fallecido García Viejo, contagiada de ébola*. Sanidad. El Mundo. Madrid.
- Wojtyla, K. (2005). *El hombre y su destino*. Palabra. Madrid.

CAPÍTULO 20

El modelo Cultuauula y sus implicaciones con los paradigmas educacionales

María Eugenia Martín Palacio*, Clara González Uriel*, Juan Pablo Pizarro Ruiz**,
y Andrea Arnaiz García***

*Universidad Complutense de Madrid; **Universidad de Burgos;

***Universidad Internacional de La Rioja

Introducción

El concepto de cultura organizacional ha nacido y se ha desarrollado fundamentalmente en el mundo laboral. Hay multitud de estudios e investigaciones que han tomado como objeto de estudio esta temática en el contexto empresarial. Sin embargo, no se puede obviar que los centros educativos son, del mismo modo, organizaciones, y como tales, tienen su propia cultura. Marcone y Martín del Buey (2003) ponen de manifiesto la escasez de estudios centrados en la cultura organizacional relacionada con el campo educativo.

De la misma manera, el término emprendimiento está principalmente vinculado al mundo empresarial y laboral. No obstante, desde hace algunos años, tanto la Unión Europea como el sistema educativo español buscan potenciar y favorecer el espíritu emprendedor en los distintos niveles educativos (Consejo Europeo, 2000; Comisión de las Comunidades Europeas, 2006; Cámaras de Comercio y Ministerio de Educación y Ciencia, 2006; Ley Orgánica de Educación, LOE, 2006; Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE, 2013).

Concepto de cultura

En este trabajo la posición disciplinar tomada es la proveniente de la antropología cultural y dentro de ella del enfoque denominado relativismo cultural que toma como referencia los postulados de Harris formulados en sus principales obras donde desarrolla la teoría antropológica (1968) y el materialismo cultural (1979). Y siguiendo en la línea por él trazada acudir a los postulados de Shein (1988) y en contextos más cercanos, afines a la psicología antropológica, a los planteamientos de Aguirre (1997), quién define la cultura como un sistema de conocimiento que proporciona un modelo de realidad, el cual permite dar sentido a nuestro comportamiento. Este sistema está formado por un conjunto de elementos interactivos generados y compartidos por el grupo, que se transmiten a los nuevos miembros ya que resultan eficaces en la resolución de conflictos (Aguirre, 1997).

Los niveles de análisis de la cultura organizacional propuestos por Aguirre (1999), aparecen resumidos en la Tabla 1.

Es importante señalar que en la definición de cultura el nivel de las creencias es la esencia o base de la misma, y que los artefactos y valores son manifestaciones superficiales de la cultura (Gómez, 2003). Los cambios culturales vienen fundamentalmente por un cambio de creencias que se traduce en nuevos valores, nuevas actitudes y nuevos ritos y pautas de comportamiento totales o puntuales sobre algunos aspectos concretos.

Tabla 1. Niveles de análisis de la cultura organizacional (Aguirre, 1999)

NIVELES	
Etnohistórico y etnoterritorio	En la perspectiva etnohistoria de una organización hay dos secuencias importantes: la fundación como creación emergente de la cultura y la larga marcha que explica la misión. Respecto al etnoterritorio, el territorio sigue siendo importante pero pasando a un segundo término. No obstante, la apropiación simbólica del territorio llena el espacio de interacción y significado social y cultural.
Creencias	Son vivencias internas ante la realidad, traducidas a construcciones ideáticas que explican la vida humana de los grupos a través de la religión, filosofía, magia y arte.
Normas y valores	Surgen de las presunciones básicas. Los valores son producto de la cultura del grupo al interactuar y se transmiten a los nuevos miembros. A veces pueden entrar en conflicto cuando se proponen valores alternativos a los establecidos.
Comunicación y lenguaje	El grupo interactúa a través de la comunicación, donde el lenguaje y los rituales son el vehículo de cohesión. Los lenguajes son sistemas de signos para comunicar contenidos. Los rituales son actos simbólicos pautados y repetitivos que cohesionan al grupo, y de ellos se deriva la identidad y eficacia social.
Productos	Es un bien cultural de la organización y constituye el vínculo con lo exterior de toda cultura.

La cultura emprendedora

Alemany, Álvarez, Planellas, y Urbano (2011) señalan que las principales características de las personas emprendedoras son: la necesidad de logro; independencia, control interno, propensión al riesgo y autoconfianza. Y estas características se consideran cada vez más necesarias e imprescindibles en los miembros de una determinada comunidad para ser eficaces. Hurtado, Cordón, y Senise (2007) también señalan, las que a su parecer, son las características que debe reunir el emprendedor/a: disposición a apoyar nuevas ideas y crear nuevos procesos, alejándose de los recursos y métodos existentes; asunción de riesgos; actitud proactiva.

Este listado de características consideradas de alto valor se transforman en competencias a desarrollar en el ámbito empresarial (Torra et al., 2012), y no son ajenas al mundo universitario. El alumnado de la Universidad busca en los docentes: competencias interpersonales; comunicativas; metodológicas; de planificación y gestión de la docencia; de trabajo en equipo; y de innovación (Sayós, Pagés, Amador, y Jorba, 2014).

Ahondado en este concepto de emprendedor cabe señalar que las competencias emprendedoras son aquellas aptitudes y rasgos de personalidad que facilitan la adquisición de conocimientos, a través de la vivencia de experiencias reales y de la educación, lo que da lugar a resolver exitosamente las problemáticas que se puedan presentar, ya sean laborales, sociales, personales, etc. (Martínez, 2011).

Esta preocupación por el desarrollo emprendedor está llegando a las aulas. Kirby (2004) destaca que los programas y cursos sobre emprendimiento han aumentado en las últimas décadas, pero la mayoría de ellos se han centrado en el mundo laboral y empresarial. Se encuentra una relación entre la actitud hacia el emprendimiento y el nivel de educación, como se ha encontrado en numerosos informes científicos tal y como señalan Fernández y Reyes (2017).

Modelos de análisis culturales en contextos educativos

Arnaiz, Pizarro, Castellanos, y González (2014) recogen que autores como López y Díaz (2003), Rivas (2003) y Giddens (2005) señalan la importancia de estudiar la cultura organizacional dentro de los centros escolares, dado que la sociedad demanda que se produzcan cambios en las organizaciones educativas.

Paredes (2004) indica que la cultura escolar es el pilar sobre el que hay que aplicar las innovaciones que se pretenden implantar desde el sistema educativo., entendiéndose que para que una innovación se lleve a cabo es preciso no solo un cambio en las conductas y productos, sino un cambio en las creencias. García-Zárate (2013) señala que los centros educativos tienen, como mínimo, dos culturas: la del profesorado y la del alumnado; que en ocasiones están confrontadas; pudiendo llevar a conflictos y/o consensos.

Llegados a este punto la dificultad se plantea en elegir un modelo de análisis cultural aplicado al campo educativo que sea capaz de medir el grado de desarrollo o de presencia en las aulas de las creencias en torno a la cultura emprendedora. En esta línea, la variedad de propuestas en la literatura es amplia. Según recogen Arnaiz, Pizarro, Castellanos y González (2014), algunas de las publicaciones más recientes sobre la cultura organizacional en los centros educativos como son las presentadas por Aliri, Garaigordobil, y Martínez-Valderrey (2013), Álvarez, García, Flores, y Correa (2008), Estridge (2010), Gálvez (2007), García-Gómez y Aldana-González (2010), García-Zárate (2013), Martín Palacio, Aguado, y Rodríguez (2013), Meza García (2010), Sepúlveda (2012), o Villalta y Saavedra (2012), proponen a su vez distintos enfoques y modelos, en ocasiones, poco coincidentes entre sí.

No cabe duda de la importancia creciente que tienen el tema de la cultura organizacional en contextos educativos, sin embargo el problema radica en dar un concepto de cultura escolar único lo que no resulta del todo fácil (Sepúlveda, 2012).

El objetivo del presente trabajo es recoger bajo el constructo Cultuauula-Cultura emprendedora un modelo que permita recoger, sintetizar y evaluar la cultura emprendedora en contextos educativos (tanto en alumnos como en profesores) en relación a la finalidad de la educación, procesos de enseñanza, procesos de aprendizaje y escenario educativo. Es un constructo formulado en la década los noventa y desarrollado ampliamente, postula un modelo integrador de análisis de la cultura emprendedora vs innovadora en contextos escolar (ejemplo, Arnaiz, Di Giusto y Zamorano, 2014; Martín del Buey, 1991 y 1997; Marcone y Martín del Buey, 2003; Martín del Buey y Martín Palacio, 2012; Martín Palacio, Aguado, y Rodríguez, 2013; Di Giusto, Castellanos, y Arnaiz, 2014; Pizarro, Arnaiz y Dapelo, 2012).

Metodología

Para establecer las bases de este trabajo se han revisado y recopilado el conjunto de investigaciones empíricas y aportaciones teóricas que se han publicado en torno al constructo Cultuauula. Desde los postulados iniciales de Martín del Buey (1991) a las aportaciones más recientes (por ejemplo, Arnaiz, 2015).

Todas ellas se han recogido de revistas científicas indexadas, tesis doctorales, publicaciones en congresos internacionales y nacionales y capítulos de libros.

Resultados

Martín del Buey (1997, pp. 92) entiende que la cultura es un:

“Conjunto heterogéneo de creencias básicas previas o desarrolladas en torno a la finalidad de la educación, procesos de instrucción, procesos de aprendizaje y escenario educativo presentes en cada uno de los miembros participantes y activos de un centro escolar (alumnos, profesores, padres, directivos personal auxiliar-administrativo y Administración) algunas de las cuales se manifiestan explícitamente a través de ritos, pautas de comportamientos, artefactos y estándares de obligado cumplimiento o en su caso de forma optativa permisible, pero admitidos por la autoridad potestativa que se constituyen en elementos identificativos externos del centro y que son asumidas como referenciales del procedimiento de actuación y considerados como útiles y válidos para su normal funcionamiento, permaneciendo otras de forma oculta perteneciendo al ámbito de lo deseable”

En la Tabla 2 se presentan los niveles que componen la cultura escolar según Martín del Buey.

Tabla 2. Niveles de la cultura organizacional educativa según Martín del Buey (1997)

NIVELES	
Creencias	El campo de las creencias mueve, determina, condiciona o al menos guía el comportamiento humano colectivo e individual. No son transitorias y se pueden elaborar en torno a diferentes temáticas como la naturaleza o la vida, pero que normalmente están interrelacionadas.
Valores	Se forman en base a las distintas temáticas relacionadas con las creencias.
Actitudes	Dan lugar a un círculo aún mayor que los valores, puesto que aunque también se agrupan por temáticas, su variedad y contenido es más amplio.
Ritos, estándares, artefactos	Conjunto de acciones concretas a desarrollar y que abarcan temáticas diversas. A través de ellos podemos observar y analizar las creencias. Las acciones concretas y los artefactos tienen un carácter transitorio, a diferencia de las creencias.

La cultura estaría formada por una serie de círculos concéntricos que se estructuran en una cadena secuencial, en la que el núcleo son las creencias, que crean unos valores en torno a ellas, los que a su vez, constituyen una serie de actitudes que se concretan en ritos, artefactos o pautas de comportamiento (Figura 1).

Figura 1. Representación de los niveles de la cultura escolar según Martín del Buey (1997)



El círculo más externo dentro la cultura organizacional escolar se corresponde a los ritos, estándares y artefactos (la parte visible de la cultura). Las actitudes se fundamentarían en las creencias y valores de los miembros de la comunidad educativa. Los valores se forman en base a las creencias, estableciendo normas de conveniencia, en las que se muestra cuáles son los objetivos y metas reales a las que se quiere llegar (Maslowski, 2001). Las creencias serían la base de la cultura, entendiéndolas como presunciones en la estructura cognitiva de cada persona y utilizada como referencial de su comportamiento.

El constructo Cultuaua establece cuatro tipos de creencias en torno a los centros educativos: finalidad de la educación; el proceso de instrucción; el proceso de aprendizaje; y el escenario. Estas cuatro creencias dan lugar a dos posibles respuestas o modelos contrapuestos (Tabla 3), recogidas en Arnaiz (2015).

Tabla 3. Creencias y modelos del constructo Cultuaua según Martín del Buey (1997)

CREENCIAS/ PREGUNTAS	MODELOS	
Finalidad de la educación	Académico	Integrado
Proceso de instrucción	Receptivo	Constructivo
Proceso de aprendizaje	Convergente	Divergente
Escenario educativo	Isla	Archipiélago

La *Finalidad Educativa* se interesa tanto por el protagonismo como por la corresponsabilidad que asumen el centro escolar y la familia del alumnado en la educación. La meta de la educación está consensuada; sin embargo, las discrepancias surgen ante la cuestión de cómo alcanzarla.

El modelo académico se caracteriza por una serie de creencias: el núcleo familiar se encargaría de la educación a nivel afectivo y emocional; se ocuparía de que sus hijos/as acudan al centro educativo en las mejores condiciones para aprender. Por otro lado, el objetivo principal del centro educativo es que los discentes aprendan unos conocimientos académicos determinados.

Por su parte, el modelo integrado establece la existencia de dos ejes de corresponsabilidad, que comparten competencias. Tanto el centro escolar como la familia asumen la educación social y cívica del hijo/discente, además de los contenidos académicos, en igualdad de importancia. Se considera que tanto los aspectos académicos como los afectivos son trascendentales en la misma medida, y están íntimamente relacionados, por lo que deben potenciarse por igual.

Dentro del proceso de instrucción se presenta el modelo receptivo-lineal se basa en la creencia de la unidireccional de la información. El protagonista de este modelo es el docente, ya que es el encargado de transmitir los conocimientos. Da especial relevancia a la jerarquía, en la que el profesor/a posee la autoridad; y es el guía, dado que conoce la información, la selecciona, programa y presenta, según sus criterios, en función del tiempo y determinadas condiciones que él/ella presupone. El modelo denominado constructivo-contraste, que se fundamenta en la circularidad de la transmisión de la información, es decir, uno la provoca y el otro la contrasta. Esto supone que el docente y discente se comunican. El protagonismo es compartido por el binomio profesorado y alumnado. En este modelo, el discente-receptor es una parte activa del proceso, y no sólo indicando que ha recibido la información, sino también contrastándola con la que ya posee.

Respecto al *Proceso de Aprendizaje*, el modelo Convergente apuesta por la “reproducción” (Fidelidad al mensaje, Reproducción exacta del mensaje y Equivalencia al mensaje) mientras que el modelo Divergente apuesta por la “Producción” (Infidelidad justificada al mensaje, Creatividad y No equivalencia al mensaje).

El *Escenario Educativo* es el lugar en donde se desarrolla la actividad docente y discente. En función de la concepción y de las creencias que se tenga del diseño se determinan dos modelos: Isla y Archipiélago. En el modelo isla, las creencias que lo soportan son: predominio de sistemas cerrados; existencia de un único actor y público múltiple; fomento de la competición. El modelo archipiélago se basa en: sistemas abiertos; todos los miembros del aula son actores; fomento de la cooperación y predominio de artefactos ergonómicos favorecedores de esta actividad.

Domenéch y Gómez (2003) presentaron cuatro grandes paradigmas educacionales: cognitivo; humanista; conductista; y tradicional. El primero de ellos considera el estudiante como protagonista de la situación educativa, siendo el docente el que facilita el proceso de Enseñanza/Aprendizaje para la cual potencia una serie de habilidades de aprendizaje y pensamiento en el alumno ayudándole con su aprendizaje significativo y aumentando su motivación. El segundo paradigma es el humanista que entiende que en las personas hay un deseo innato de aprender, dando mucha importancia al desarrollo de habilidades socioafectivas y pensamiento crítico. El tercer paradigma (conductista) considera que la situación educativa es un proceso técnico, por lo que es básica la planificación y establecimiento de objetivos, evaluándose únicamente la consecución de esas metas. Por último, el paradigma tradicional estaría centrado en el docente, quien posee los conocimientos y dirige al estudiante en su formación, así como evalúa la capacidad de reproducir fielmente los contenidos. Martín del Buey y Martín Palacio (2012) consideran que los paradigmas humanista y cognitivo son los que mejor se asemejan al modelo propuesto por Martín del Buey en relación al constructo Cultuauula (integrado, constructivo, divergente y archipiélago). Doménech ha continuado con su estudio sobre la situación educativa, que ha sido también ampliamente desarrollado en tesis doctorales así como en diferentes publicaciones como Doménech (2011).

En base a esta propuesta, Martín del Buey propone cuatro niveles de evaluación de la cultura en el aula: cultura percibida, cultura deseada, cultura paradigma y cultura posible. La *cultura percibida* es la que los participantes (alumnado y profesorado) consideran que se dan en el centro educativo; mientras

que la *cultura deseada* es la que les gustaría percibir. La *cultura paradigma* es la que se considera modelo a seguir por los directivos del centro expresado muchas veces a través de su proyecto educativo del centro (puede coincidir o no con lo percibido). Y por otro lado, la *cultura posible* es la que se considera viable dadas las circunstancias.

Discusión/Conclusiones

Martín del Buey y Martín Palacio (2012) establecen que un análisis diferencial entre todas esas culturas añadiría valor al análisis, dado que de alguna forma se verían las consonancias y las disonancias existentes entre esas culturas y las posibilidades y en su caso estrategias de posible cambio. Algunas de estas diferencias perceptivas ya son contempladas en otros modelos de análisis culturales.

Pertergal et al. (2011) indican que, normalmente, el clima escolar se ha estudiado teniendo en cuenta la perspectiva del alumnado; mientras que la cultura escolar se ha enfocado desde la perspectiva de los docentes y el equipo directivo. No obstante, tiene la misma importancia y relevancia conocer ambos puntos de vista, dado que todos constituyen la parte activa de los centros educativos.

Por su parte, Rivas (2003) indica que la cultura organizacional de un centro está formada por tres principales participantes: alumnado, profesorado y sociedad, por lo que propone estudiar de manera unitaria las interacciones entre ambos, que dan lugar a la situación educativa.

Arnaiz, Pizarro, Castellanos, y González (2014) indican con respecto a las creencias que parecen tener establecidas los futuros docentes en España, investigaciones como las Morales et al. (2012), Taneri y Engin-Demir (2011) y Tomàs, Mas, y Jofre (2008), encuentran que estos están más interesados en la educación en valores, quieren dar al estudiante una participación más activa dentro del proceso de enseñanza/aprendizaje y consideran que las técnicas y estrategias de enseñanza deben actualizarse (eliminar las clases magistrales y potenciar el trabajo en equipo y las actividades colaborativas y cooperativas).

Los alumnos actuales, por su parte, parecen encontrarse con una distancia significativa entre la cultura percibida y la cultura deseada. Arnaiz et al. (2014), Pizarro et al. (2012), Martín Palacio et al. (2013) encuentran que al alumnado le gustaría tener docentes que se caracterizaran por un modelo más integrado, constructivista y divergente, así como un centro escolar o aula que facilite las relaciones interpersonales entre alumnos y profesores.

Parece por tanto, que el estudio de la cultura educativa no solo es necesaria, si no pertinente. Y el establecer modelo de funcionamiento y evaluación de la cultura organizacional educativa es el punto de partida a la hora de establecer protocolos de intervención y diagnóstico. Es importante continuar con el estudio de la cultura organizacional emprendedora dentro del ámbito educativo dado que cada vez se están encontrando más estudios sobre las competencias emprendedoras y la percepción de discentes y docentes como los realizados por Fernández y Reyes (2017).

Referencias

- Aguirre, A. (1997). *Cultura e identidad cultural*. Barcelona: Bardenas
- Aguirre, A. (1999). *Cultura organizacional*. México D.F: Servicio Publicaciones Universidad de León. Instituto de estudios de Postgrado.
- Aleman, L., Álvarez, C., Planellas, M., y Urbano, D. (2011). *Libro Blanco de la iniciativa emprendedora en España*. Barcelona: Fundación Príncipe de Girona.
- Aliri, J., Garaigordobil, M., y Martínez-Valderrey, V. (2013). Sexismo y características del centro escolar: Diferencias en función del tipo de centro. *Revista de Investigación Educativa*, 31(2), 349-360.
- Álvarez, V., García, E., Flores, V., y Correa, J. (2008). Aproximación a la cultura de un centro universitario. *Revista de Educación*, 346, 139-166.
- Arnaiz, A. (2015). *La cultura emprendedora en la educación secundaria*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo, España.

- Arnaiz, A., Di Giusto, C., y Zamorano, M. (2014). *Cultura organizaiconal en la Universidad de Burgos. Estudio diferencia por ramas educativas*. Actas del Congreso Internacioanl Docencia Universitaria e Innovación. Tarragona.
- Arnaiz, A., Pizarro, J.P., Castellanos, S., y González, C. (2014). La cultura organizacional y emprendedora en los centros educativos. *Revista de Psicología UVM*, 7(4), 93-108.
- Arnaiz, A., Pizarro, J.P., y Martín del Buey, F. (2012). *Análisis de la cultura organizacional percibida y paradigma por alumnos en contextos universitarios: estudio piloto de la facultad de psicología de la Universidad de Oviedo*. Actas de VII congreso Iberoamericano de Docencia Universitaria. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Cámaras de Comercio y Ministerio de Educación y Ciencia (2006). *Fomento del Espíritu Emprendedor en la Escuela*. Recuperado en abril, 2014, disponible en: http://www.camaras.org/publicado/formacion/publicaciones/Libro_Espiritu_Emprendedor.pdf.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2006). *Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Rediones*. Recuperado en abril, 2014, disponible en: <http://www.sifemurcia-europa.com/servlet/sife.GestionDocs?METHOD=MOSTRARDOCUMENTO&iddocumento=5767>.
- Consejo Europeo (2000). *Consejo Europeo de Lisboa 23 y 24 de marzo 2000. Conclusiones de la Presidencia*. Recuperado en abril, 2014, disponible en: http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm
- Doménech, F. (2011). *Evaluar e investigar en la situación educativa universitaria. Un nuevo enfoque desde el EEES*. Publicaciones de la Universidad Jaime I: Castelló de la Plana.
- Doménech, F., y Gómez, A. (2003). Las creencias psicopedagógicas de los futuros profesores de secundaria y su relación con las demandas de examen y con la organización espacial de la clase. *Revista de Investigación Educativa*, 21(2), 489-505.
- Estridge, W.L. (2010). La influencia de la escuela sobre la asistencia de los estudiantes y su compromiso con el aprendizaje. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 70(10-A), 3801.
- Fernández, J.M., y Reyes, M.M. (2017). Competencias emprendedoras del alumnado de educación permanente de Andalucía. Percepción del profesorado. *Educación XXI*, 20(1), 253-275.
- Gálvez, A.M. (2007). Cultura escolar: preferencias de los jóvenes entre 4to y 9no grado y sus interacciones con los miembros de la comunidad educativa en instituciones privadas. *Pensamiento Psicológico*, 9, 123-147.
- García-Gómez, L., Aldana-González, G. (2010). Cultura escolar: un elemento indispensable. *Acción Pedagógica*, 19, 116-125.
- García-Zárate, M.L. (2013). *La caracterización de la cultura escolar de una escuela normal a través de su normativa, ceremonias y valores*. Tesis doctoral. Guadalajara (México).
- Giddens, A. (2005). *The constitution of society*. UK: Sussex: Polity Press.
- Gómez, A.M. (2003). *Cultura en las PYMES del sector del juguete y auxiliares: implicaciones para la implantación de sistemas de calidad*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED.
- Harris, M. (1968). *El desarrollo de la teoría antropológica*. Madrid: Siglo XXI.
- Harris, M. (1979). *El materialismo cultural*. Madrid: Alianza.
- Hurtado, N.E., Cordon, E., y Senise, M.E. (2007). Efectos de la cultura nacional en la relación entre orientación emprendedora y el resultado de la innovación de producto: el caso del sector farmacéutico. *Cuadernos Económicos de ICE*, 73, 135-149.
- Kirby, D. (2004). Entrepreneurship education: can business schools meet the challenge? *Education and Training*, 46 (8/9), 510-519.
- López, A., y Díaz, M.D. (2003). Una reflexión sobre la cultura y el cambio organizativo: clave para satisfacer los intereses y necesidades de la comunidad educativa. *Revista de Pedagogía*, 55(2), 253-261.
- Marcone, R., y Martín del Buey, F. (2003). Construcción y validación de un inventario de cultura organizacional educativa (ICOE). *Psicothema*, 15(2), 292-299.
- Martín del Buey, F. (1991). *Modelo de análisis de presunciones culturales en el aula*. Actas del I Congreso Internacional de Psicología y educación (pp. 168-170). Madrid.
- Martín del Buey, F. (1997). Modelos implícitos en la reforma educativa. *Revista Magister*, 15, 90-97.
- Martín del Buey, F., y Martín Palacio, M.E. (2012). *Análisis de la cultura en el aula: CULTUAULA*. Material inédito. Editado en formato digital sin finalidad venal.
- Martín Palacio, M.E., Aguado, J.J., y Rodríguez, E. (2013). Cultura percibida y deseada en contextos educativos universitarios. En J.J. Gázquez, M.C. Pérez y M.M. Molero (Comps.), *La Convivencia Escolar: Un acercamiento multidisciplinar* (pp. 69-74). Almería: ASUNIVEP.

- Martínez, F.M. (2011). Percepción del profesorado de las escuelas taller y casas de oficios en Andalucía acerca del nivel de competencias emprendedoras en su alumnado. *Revista de Educación*, 356, 303-326.
- Maslowski, R. (2001). *School culture and school performance: an explorative study into the organizational culture of secondary schools and their effects*. Enschede: University of Twente.
- Meza, C.L. (2010). *Cultura escolar inclusiva en Educación Infantil: Percepciones de profesionales y padres*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2006). *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*. *Boletín Oficial del Estado*, 106, 17158-17207. Recuperado en octubre 2013, disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2013). *Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa*. *Boletín Oficial del Estado*, 295, 97858- 97921. Recuperado en febrero 2014, disponible: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf>
- Morales, F.M., Narváez, M.A., y Morales, A.M. (2012). Percepciones de los futuros docentes sobre la cultura organizacional de los centros de prácticas externas de Educación Secundaria. *Revista Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 13(2), 173-199.
- Paredes, J. (2004). Cultura escolar y resistencias al cambio en Educación Secundaria. Tendencias pedagógicas. *Revista del Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación de la Universidad Autónoma de Madrid*, 9, 131-142
- Pertegal, M.A., Hernando, A., y Olivia, A. (2011). Desarrollo y validación de una escala de evaluación de los activos y fortalezas escolares desde la perspectiva del profesorado. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 379-395.
- Pizarro, J.P., Arnaiz, A., y Dapello, B. (2012). *Análisis de la cultura organizacional percibida y deseada por alumnos en contextos universitarios: estudio piloto de la facultad de psicología de la Universidad de Oviedo*. Actas de VII congreso Iberoamericano de Docencia Universitaria. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rivas, J.I. (2003). La perspectiva cultural de la organización escolar: marco institucional y comportamiento individual. *Educar*, 31, 109-119.
- Sayós, R., Pagés, T., Amador, J.A., y Jorba, H. (2014). Ser buen docente ¿qué opinan los estudiantes de la Universidad de Barcelona? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(2), 135-149.
- Sepúlveda, C. (2012). La cultura para la mejora: Estudio en centros de educación secundaria en Chile. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS)*, 1 (1), 133-152.
- Shein, E.H. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Una visión dinámica. Barcelona: Plaza & Janés.
- Taneri, P.V., y Engin-Demir, C. (2011). Quality of Education in Rural Schools: A Needs Assessmet Study (Ankara-Kalecik Sample). *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(1), 91-112.
- Tomàs, M., Mas, A., y Jofre, G. (2008). ¿Cómo perciben la cultura organizacional de los centros de educación secundaria los futuros docentes? El caso de los estudiantes del CAP de la UAB. *REIFOP*, 11(2), 47-59.
- Torra, I., et al. (2012). Identificación, desarrollo y evaluación de competencias docentes en la aplicación de planes de formación dirigidos a profesorado universitario. *Revista de Docencia Universitaria*, 10(2), 21-56.
- Villalta, M.A., y Saavedra, E. (2012). Cultura escolar, prácticas de enseñanza y resiliencia en alumnos y profesores de contextos sociales vulnerables. *Universitas Psychologica*, 11(1), 67-78.

CAPÍTULO 21

Las habilidades sociales en los contextos escolares

Lady Mayerli Vergara Estupiñán y Virgelina Castellanos Páez
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Introducción

Las habilidades sociales son fundamentales para promover el ajuste social positivo, mejorar el desempeño académico y funcionan como factores preventivos en el inicio del uso de drogas, conductas sexuales de alto riesgo y manejo de la ira (Coronel, Levin, y Mejail, 2011; Arévalo, Cortez, Escalante, Uribe, y Velásquez, 2005). Estudios reportan que estudiantes de niveles socioeconómicos bajos tienden a presentar bajas competencias sociales (Assis, Avanci, y Oliveira, 2009; Leme, Fernandes, Jovarini, El-Achkar, y Del-Prette, 2016). Birrell et al. (1997) refieren que la competencia psicosocial es la capacidad que tiene una persona de manejar de manera efectiva las demandas y desafíos de la vida cotidiana, en este sentido hablar de habilidades sociales implica la capacidad de mantener un estado de bienestar y mostrar comportamientos adecuados a la hora de interactuar con los demás en un contextos determinados (Fernández-Ballesteros, 1994).

En ambientes escolares dificultades relacionadas con baja habilidad social estarían asociadas a problemas de comportamiento adaptativo para actuar con los demás (Birrell et al., 1997; Díaz-Aguado, 2005, Coronel, Levin, y Mejail, 2011) y resolver de manera efectiva las tensiones del ambiente familiar, escolar y cultural. El estudio de las habilidades sociales en contextos escolares se retoma a partir de los años 90, como una iniciativa para que los colegios fomenten espacios para su desarrollo y se involucren en el currículo escolar. En países como España, Perú y Brasil (Camacho y Camacho, 2005; Monjas, 2002; Arévalo et al., 2005; Leme et al., 2016) se han desarrollado diferentes propuestas para generar programas en habilidades sociales (o habilidades para la vida) teniendo en cuenta que los problemas sociales estarían relacionados con el bienestar emocional y la salud mental de la población. Birrell et al. (1997), señala que identificar las habilidades sociales permite reconocer factores de protección y hacer uso activo de estas en los diferentes contextos como el escolar.

En Colombia según la encuesta nacional de salud mental (2015), el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, los niños y las niñas entre los 7 y los 11 años presentan comportamientos violentos (40,7% niños y 29,8% niñas) y comportamientos de retaliación violenta (30,8% niños y 25,5% niñas), lo que implica conductas que desfavorecen la convivencia en contextos escolares. Frente al consumo de sustancia lícitas se encuentra que el consumo de alcohol y de cigarrillo es frecuente en la edad escolar de 11 a 18 años, siendo los 11 años la edad de inicio de consumo calculada.

Desde el contexto Colombiano con las políticas públicas (Ley 1616 de 2013) y las acciones gubernamentales en todos los sectores se busca la promoción de la salud mental y la convivencia garantizando el disfrute de la vida cotidiana. Dentro de las estrategias para la promoción esta la generación de entornos familiares, educativos y comunitarios para la convivencia social. En esta misma línea se valora la salud mental desde el entrenamiento en habilidades sociales en contextos escolares mediante la resolución pacífica de conflictos, el adecuado manejo del poder, la comunicación asertiva, los proceso de autorregulación y regulación social, en los contextos social, familiar y comunitario. Con el Plan decenal de Salud Pública (2012-2021), la dimensión de salud mental está orientada a la convivencia lo que implica el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales respetuosas y el reconocimiento de las diferencias. Se incentiva el establecimiento de acuerdos de participación y el desarrollo humano y social.

Frente a la definición de Habilidades sociales la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a que las habilidades sociales o habilidades para la vida tienen relación con la promoción de la competencia psicosocial en la mejora de estrategias de afrontamiento y en desarrollo de competencias sociales. Caballo (1987) define las habilidades sociales como: “el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado para la situación, respetando esas conductas en los demás”. Monjas, (2000) señala que las habilidades sociales son comportamientos aprendidos, que se aprenden primero en la familia y de modelos simbólicos (e.g. la televisión) de igual forma Contini (2008) señala que se aprenden en el lenguaje hablado y en la retroalimentación que hacen las figuras representativas (i.e. los padres) al niños sobre su comportamiento social. Las habilidades sociales son respuestas a situaciones específicas y dependen del contexto y la situación.

Monjas (2000) señala que las dificultades en habilidades sociales estaría vinculada con bajo rendimiento, fracaso escolar, ausentismo y expulsión de la escuela. Teniendo en cuenta los planteamientos el objetivo del estudio es identificar las habilidades sociales en adolescentes escolarizados con condiciones socioeconómicas bajas, asumiendo que en esta etapa del ciclo vital las Habilidades sociales son un factor importante en el ajuste social.

Método

Participantes

En la muestra del estudio participaron 57 estudiantes del grado sexto (24) y octavo (33) que hacen parte de una institución educativa pública Colombiana, 29 son mujeres (50,87%) y 28 hombres (49,12%), entre 11 y 17 años ($M=12.75$ años; $DS=2.48$ años), seleccionados de manera incidental, no probabilística, reportados como los cursos donde se presentaron más conflictos interpersonales entre los estudiantes. Los participantes vivían en barrios de estratos socioeconómicos 1 y 2, en condiciones de vulnerabilidad.

Instrumentos

Se utilizó la Lista de Evaluación de las Habilidades Sociales para Adolescentes Escolares (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, (2005), desarrollado por Arévalo et al. (2005). El instrumento consta de 42 enunciados, con 5 opciones de respuesta tipo Likert (i.e. nunca, rara vez, a veces, a menudo y siempre) y evalúa 4 áreas de las habilidades sociales: Asertividad, Comunicación, Autoestima y Toma de decisiones. El instrumento presenta un perfil diagnóstico de las categorías del puntaje en: Muy bajo, bajo, promedio bajo, promedio, promedio alto, alto y muy alto. (Choque-Larrauri I y Chirinos-Cáceres, 2009).

Procedimiento

Para el desarrollo del estudio se tuvieron en cuenta los siguientes pasos: selección de la muestra, aplicación del instrumento, diligenciamiento de consentimiento y asentimiento informado, tabulación de los resultados y análisis estadístico. Para la obtención de los datos se salvaguardaron las normas éticas y legales vigentes frente a la obtención de consentimientos informados, anonimato de los participantes y confidencialidad de los datos. La aplicación del instrumento fue colectiva en un tiempo aproximado de 50 minutos. La investigación se desarrolló dentro del marco del proyecto de Atención primaria en salud mental en ambientes educativos.

Análisis de datos

Se planteó un estudio descriptivo, transaccional. Los datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados

Se encontró que en las habilidades sociales evaluadas el 40, 4% de los estudiantes se ubica en un nivel promedio, el 29,8% se encuentra por encima de la media, el 22,8% se ubica en promedio bajo y el 7,1% en un nivel bajo. Particularmente, en la habilidad Toma de decisiones un porcentaje importante de estudiantes se encuentra en el rango promedio bajo 35,1 % y nivel bajo, 7%. Seguimiento de la habilidad de Comunicación, donde el 43,9 % se ubica en el promedio bajo. En la habilidad de Asertividad, el 21,1 % presentó un nivel promedio bajo y el 3,6% un nivel bajo (Ver tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de evaluación áreas de habilidades sociales

Áreas	Puntaje Categorías %						
	Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
Asertividad	1.8	5.3	21.1	31.6	26.3	14.0	-
Comunicación	1.8	1.8	43.9	19.3	22.8	8.8	1.8
Autoestima	1.8	3.5	17.5	40.4	12.3	15.8	8.8
Toma de decisiones	-	7.0	35.1	38.6	7.0	7.0	5.3
Total	1.8	5.3	22.8	40.4	12.3	10.5	7.0

Nota. Fuente propia.

Lo anterior implica que los estudiantes tiendan a presentar dificultades para tratar constructivamente las decisiones que toman y estas puedan tener efectos sobre las relaciones que mantienen, sobre la salud y su bienestar emocional. Los problemas de comunicación estarían relacionados con las dificultades para expresarse de forma efectiva tanto verbal como no verbal y en la utilización de formas apropiadas de comunicación dependiendo de la situación y la cultura. Frente a la habilidad social de asertividad implica dificultades para poder exponer ideas, sin dejar de tener en cuenta las opiniones de los demás.

En la habilidad de toma de decisiones se encontró que los estudiantes frente a los problemas y a las exigencias del contexto, pueden llegar a presentar dificultades para saber que hacer frente a una situación determinada y las consecuencias que implicaría determinada decisión. Dentro del estudio se encontró que los estudiantes pueden presentar dificultades en establecer intercambios adecuados de ideas, sentimientos y emociones con el otro. Los estilos de comunicación que caracterizan las relaciones son agresivos (Caballo, 2000), presentando dificultades para escuchar y reaccionar de forma adecuada frente a la crítica. Pueden llegar a mostrar molestia y defensa excesiva de sus puntos de vista sobre las razones de sus compañeros, creen tener siempre la razón.

Finalmente en la habilidad social de asertividad se encuentra que los estudiantes tienden a presentar un bajo desempeño para expresar de forma correcta y respetuosa sus sentimientos, pensamientos, emociones, derechos y responder de forma adecuada a lo que expresa el otro. La asertividad se relaciona con la forma adecuada de desarrollar una comunicación y de interactuar en el contexto escolar.

Teniendo en cuenta que las habilidades sociales se aprenden primero en la familia, es importante evaluar los modelos que utilizan los padres con sus hijos para plantear intervenciones eficientes, el abordaje temprano en la adolescencia permite tener incidencia en la configuración de la personalidad saludable realizar acciones claves en el cuidado de la salud mental desde la estrategia de atención primaria en salud (Contini, 2008).

Discusión/Conclusiones

Se encontró que un porcentaje importante de estudiantes presentan promedio bajo o bajo en Asertividad, Toma de decisiones y Comunicación. Estos hallazgos concuerdan con estudios que proponen que adolescentes pertenecientes a grupos familiares monoparentales de nivel socioeconómico bajo presentan baja competencia social (Assis, Avanci, y Oliverira, 2009; Díaz-Aguado, 2005; Leme et al., 2016).

De otro lado es importante señalar que en los procesos educativos se busca fortalecer los aprendizajes en habilidades sociales que mejoren la convivencia escolar (Birrell, 1994; OMS, 1993). En esta medida los contextos escolares deben garantizar la inclusión práctica de las habilidades sociales en relación con los principales problemas sociales y de convivencia que puedan influir en el desarrollo de los adolescentes. Se debe garantizar que los estudiantes aprendan de sus propias experiencias y de las personas que los rodean, así como de las consecuencias que tiene su comportamiento (Díaz-Aguado, 2005). El aprendizaje debe ser una experiencia activa de procesamiento y estructuración de experiencias.

Con el ánimo de garantizar el reconocimiento de las habilidades esenciales para los adolescentes y que se puedan adquirir a través del aprendizaje y la práctica, el contenido exacto de educación en habilidades sociales debe estar determinado por el contexto local, y privilegiar procesos cognitivos asociados a la habilidad social (Fernández-Ballesteros, 1994). Como en el caso de la toma de decisiones la dificultad estaría relacionado con el razonamiento lógico, la creatividad en la formulación de ideas y de hipótesis y en la evaluación de los probables resultados. Adecuadas estrategias en la toma de decisiones señala Arévalo et al. (2005) garantizan no solo la salud mental sino también física, además permite al adolescente contrarrestar la presión de los pares para iniciar una vida sexual activa, consumir sustancias psicoactivas, auto lesionarse o lesionar a otros.

Se puede concluir que habilidades sociales como la comunicación, la asertividad y la empatía estarían relacionadas en las interacciones sociales saludables, donde comportamientos asertivos y empáticos garantizan expresar de forma correcta las ideas, llegar a un mejor entendimiento del punto de vista del otro y solucionar problemas que se presentan en la convivencia.

Camacho, y Camacho (2005) señalan que la falta de asertividad en las interacciones puede afectar que una persona se sienta valorada y respetada, no solo depende del grupo sino de los esquemas mentales que tenga la persona; de ahí la importancia de realizar intervenciones con los adolescentes que tiene pocas habilidades sociales (i.e. personas que se consideran tímidas y poco respetadas por los otros), sino aquellos que se muestran agresivos (i.e. personas que no tienen en cuenta las necesidades del otro) (Coronel, Levin, y Mejail, 2011). En el estudio se puede inferir que los problemas de convivencia entre los estudiantes que reporta el colegio se pueden explicar por las bajas habilidades sociales y la dificultad que tienen algunos estudiantes de autoafirmar sus propios derechos sin dejarse manipular o manipular a los demás.

Como señala Monjas (2002) poblaciones escolares con condiciones vulnerables de pobreza y asociadas al bajo nivel de habilidades sociales pueden llegar a tener un efecto devastador en el sistema educativo relacionado con la expulsión en algunos casos, con la inadaptación en la adolescencia, la delincuencia juvenil o las adicciones en otros. Coronel, Levin y Mejail, (2011) en la misma línea muestran como las condiciones socioeconómicas bajas (i.e. por la combinación de ocupación, educación y acceso a bienes de consumo) tiene relación con las escalas de retraimiento y de ansiedad timidez (del BAS-3), lo que implica bajos procesos de socialización y estos pueden constituirse en factores de riesgo para desarrollar fobias sociales y trastornos de ansiedad en adolescentes (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2005), de la importancia de establecer intervenciones en salud mental que privilegien la promoción, la prevención y la educación en salud. Se realice en los contextos de la familia y la escuela, se trabaje con las personas con baja y pocas habilidades sociales (como en el caso de los agresores), y las intervenciones tengan en cuenta el entrenamiento en habilidades sociales.

Referencias

- Arévalo, M., Cortez, E., Escalante, M., Uribe, R., y Velásquez, W. (2005). *Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.
- Assis, S., Avanci, J., y Oliverira, R. (2009). Desigualdades socioeconómicas y salud mental infantil. *Saúse Pública*, 43(1), 92-100.

- Birrell, W., Orley, J., Evans, V., Lee, J., Sprunger, B., y Pellaux, D. (1997). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Programme on mental health*. World Health Organization. Switzerland, Geneva.
- Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Camacho, C., y Camacho, M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista profesional española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 1-27.
- Choque-Larrauri1, R., y Chirinos-Cáceres, J. (2009) Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica. *Revista Salud Pública*, 11(2), 169-181.
- Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y Sociedad*, 9, 45-63.
- Coronel, C., Levin, M., y Mejail, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(23), 241-261.
- Díaz-Aguado, J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17(4), 549-558.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Leme, V., Fernandes, L., Jovarini, N., El Achkar, A., y Del-Prete, Z. (2016). Social Skills Program for Adolescents in vulnerable Social Contexts. *Psico-USF, Braganca Paulista*, 21(3), 595-608.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1. Todos por un nuevo país*.
- Monjas, C. (2002). *Programa de enseñanza de Habilidades de interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: España. CEPE.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Life Skills Education For Children And Adolescents in Schools*. Disponible en: http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/HABILIDADES_PARA_LA_VIDA/Materiales_y_documentos/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2%20clean.pdf
- Plan decenal de Salud Pública. *PDSP, 2012-2021. La Salud en Colombia la construyes tú*. Imprenta Nacional de Colombia.
- República de Colombia. Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*.

CAPÍTULO 22

Aprendizaje basado en proyecto en prácticas de licenciatura en psicología

María de Guadalupe Valle Macías y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad de La Salle Bajío, Campus Salamanca

Introducción

A nivel mundial se puede encontrar que el 80.7% de los maestros cree poder aportar un aprendizaje valioso a sus estudiantes, lo que podría entenderse también como aprendizaje significativo. Sin embargo esta cifra aumenta entre los docente Mexicanos, en un 91%. (OECD, 2017). Resulta interesante resaltar que los métodos difieren necesariamente.

Entre las características internacionales de la educación superior, se encuentra la masificación, según la UNESCO (2015), el número de matrículas aumentó de 13 millones en 1960 a 198 millones al 2013. Distribuidas de manera desigual, ya que el 77% de esta población es de países como Estados Unidos y Europa occidental. Los jóvenes de 76 países de entre 25-29 años que cursan 4 años de educación superior, entre los ricos representan el 20% mientras que entre los pobres solo representan el 1% (UNESCO, 2016).

El acceso a Educación superior a nivel mundial oscila entre el 5% (en Zimbabwe) hasta el 90% (en Belarús). En Latinoamérica también oscila ampliamente, de 20% (Cuba) hasta 90% (en Chile). En el caso de México es de un 25% de la población la que se inscribe, mientras el 20% termina. Entre los países con más alto índice de terminación están Colombia con 30%, Corea 33% y Estados Unidos con 28%. El promedio de 28 países es de 38% (UNESCO, 2016).

En México, según los Comités Interinstitucionales para la evaluación de la Educación Superior, A. C. (CIEES, 2015) existen 4,111 instituciones que imparten educación superior, de las que egresaron el 73.9% de los profesionistas. Se encontró que en los exámenes de evaluación de egresados, el 9% de los reactivos tiene que ver con eficacia y aplicación de proyectos. Según datos del INEGI, el 13.2% de la población total del Estado de Guanajuato concluyeron educación superior, mientras que en Salamanca, Guanajuato la cifra de alumnos inscritos a educación superior representa el 35.4% (SEG en SEP, 2015). De los 32 estados mexicanos, Guanajuato ocupa el lugar 29 en egresados de Educación superior.

En las carreras a nivel licenciatura en la Universidad De La Salle Bajío, existen materias de corte práctico, que tienen como objetivo principal generar herramientas y experiencias que ayuden al alumno en su práctica profesional al terminar sus estudios. Específicamente en la carrera de Psicología dichas materias son las que se conocen como de corte metodológico y son las que requieren que el alumno lleve a cabo la aplicación de conocimientos teóricos implementados en la realidad, a través de instrumentos concretos en algunos casos, como son las pruebas psicológicas. Tal es el caso de la materia de Prácticas de integración de estudios Psicológicos.

Se ha observado en la materia de prácticas de integración de estudios psicológicos, así como en otras materias de la licenciatura de Psicología en la Universidad De La Salle Bajío, Campus Salamanca, que muchas de estas prácticas están descontextualizadas o incluso simuladas. Sin embargo, los jóvenes al enfrentarse a una práctica real al salir de la carrera, se dan cuenta que no es siquiera parecido a lo aprendido en clase.

En oposición a la enseñanza tradicional, se han propuestos diversas estrategias para resolver lo antes expuesto desde métodos donde se propone la enseñanza personalizada, poniendo al centro al alumno hasta modelos que favorecen las cuestiones tecnológicas o Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), entre estos modelos también han existido modelos libertadores, que proponen la

educación como un movimiento social, sin embargo la que ocupa el presente trabajo es la del aprendizaje basado en proyectos y el aprendizaje situado. Conceptos ligados a autores como Dewey “aprender haciendo”, Freinet y Bruner. Dichos autores proponen al alumno como eje central del proceso aprendizaje–enseñanza y se busca una mayor comprensión de la realidad personal y colectiva. En este sentido, Patrick (1918, citado por Fernández, 2004), intentó llevar al aula esta propuesta de Dewey, que derivó en la siguiente idea: “El pensamiento tiene su origen en una situación problemática que uno ha de resolver mediante una serie de actos voluntarios” (Patrick 1918, citado en Fernández, 2004: 48).

En el concepto de proyecto una de las ideas más recurrentes es la de acercar la escuela a la vida diaria; donde el propósito principal se hará viable a través de la noción de actividad. Esto en respuesta a la hipótesis propuesta por Juan Luis Hernández, un reconocido politólogo y catedrático de la Universidad Iberoamericana de Puebla, que actualmente apoya la idea del aprendizaje situado como política pública y privada, debido a que propone que los jóvenes aprenden más fuera de la escuela que dentro, una posible solución sería aprendizaje basado en proyectos aplicados fuera de la escuela pero analizados dentro, rompiendo así la brecha entre escuela y vida cotidiana. Donde los jóvenes “entran en contacto de una forma más organizada con la herencia de la sociedad en la que viven, y aprenden de la participación en experiencias de trabajo y de la vida cotidiana” (Torres, 1994, citado en Hernández: 48).

Según Dewey, los proyectos tienen algunas ideas que los sustentan: 1) El interés del alumno, con objetivo claro, 2) centrarse en la actividad, considerando su valor intrínseco, 3) al ir resolviendo un problema, es común que surjan nuevas curiosidades, esto debe ser una pauta para continuar el conocimiento en lugar de un desvío, 4) Se requiere un margen de tiempo suficiente (Dewey, 1899 citado en Fernández, 2004: 49). Es necesario que el alumno salga del aula, permita aparecer su curiosidad natural y entonces guiar un proceso para responder a sus propios intereses, pero también para resolver desde sus propios recursos. Se podría proponer además un proceso de sensibilización ante el contexto si las circunstancias socio-económicas difieren entre la escuela y el contexto.

Se elige la posibilidad del proyecto según lo que se desee y se pueda abarcar. (Dewey, 1899, citado en Fernández, 2004). El tiempo es un factor determinante en la elaboración de los proyectos, por lo que si se cuenta con poco tiempo, el objetivo necesariamente tendrá que reducirse y la posibilidad de proyecto variará en torno a ese y otros factores.

En la Dirección General de Bachilleratos (DGB), a nivel México, se realizan las prácticas educativas usando el modelo de aprendizaje basado en problemas y deriva en un aprendizaje basado en proyectos, cumpliendo con los componentes de formación que son los siguientes: docentes por área disciplinar, visión interdisciplinaria, aprendizaje por proyecto, apoyos didácticos y desarrollo de competencias en estudiantes y docentes. (Secretaría de Educación Pública, 2015). La intención es propiciar el desarrollo de capacidades cognitivas, afectivas, éticas y sociales. Finalmente la base teórica sigue siendo el aprendizaje por competencias, donde se busca que el alumno se identifique con lo que produce, reconozca el proceso, y sepan evaluar. En un mundo de cambios constantes, es importante generar en los estudiantes competencias para la vida que los lleven a ser más autónomos, auto – regulados en su aprendizaje, a tener un aprendizaje continuo, ser más eficaces y profesionales en su desempeño profesional, social y personal, resolver problemas. (DGB, SEP, 2011)

De esta manera Berliner (1991) plantea que los proyectos son la pieza central y clave de la filosofía constructivista. Ante un mundo lleno de información y más en la actualidad, se requiere de un pensamiento crítico para discernir entre ella, para lograrlo primero debemos dar significado a la información, analizarla, sintetizarla, planificar acciones, resolver problemas, crear nuevos materiales e implicarse más en el aprendizaje.

Por tanto, el aprendizaje basado en proyectos: “implican una mirada diferente del docente sobre el alumno, su propio trabajo y el rendimiento escolar” (Fernández, 2004) donde se ponga el saber en acción, se confíe en las capacidades del alumno y en la flexibilidad del maestro.

Algunos estudios donde ha resultado exitoso el uso de estas metodologías pueden ser:

1) Aprendizaje basado en proyectos y trabajo colaborativo (ABPC), propuesta por Maldonado Pérez en la materia de Tecnología de materiales, donde se descubrió que la elaboración de un proyecto funcionó como motivador en la búsqueda del conocimiento.

2) La Universidad Europea de Madrid y Universidad Politécnica de Cataluña propuesto por García y Amante (2006): donde se aplicó esta metodología en diversas materias, de índole práctico, pero también en algunas teóricas, y se encontró que es válida para una gran variedad de asignaturas, se puede dar retroalimentación sin afectar negativamente la calificación del alumno y permite competencias de conocimiento elevadas basándose en la taxonomía de Bloom, entre otros beneficios.

3) El aprendizaje significativo de la química: condiciones para lograrlo. (Castillo, Ramírez, y González, 2013), en donde se concluye que se debe englobar la estructura cognitiva, actitud afectiva así como la motivación del estudiante para lograr el aprendizaje significativo.

4) Proyecto de aula, propuesto por Rodríguez-Sandoval et al. (2010): se implementó una feria de proyectos, y encontraron que el 53% de los alumnos han participado en el proyecto, encuentran la feria de proyectos como apoyo del aprendizaje y como importante para desarrollo profesional.

5) ¿Cómo aprenden los estudiantes de medicina en la transición hacia el ciclo clínico? Estudio cualitativo de las percepciones de estudiantes y docentes acerca del aprendizaje inicial de la clínica. Bitran et al. (2014), en el que queda demostrado que la propuesta de Wenger con el concepto de comunidades de práctica es correcto, queda claro que el contexto y el grupo de estudio forman parte importante para lograr aprendizajes como la clínica en medicina.

6) Aprendizaje en proyectos situados: la universidad fuera del aula. Reflexiones a partir de la experiencia (Herrerías y Isoard, 2014): luego de un análisis cualitativo de la práctica, se dieron cuenta que la estrategia de aprendizaje basado en proyectos situados, favorece la formación integral y los alumnos lo perciben como experiencia valiosa para su formación persona y profesional. Ya que trasciende en sus vidas.

7) Cabe mencionar que tanto en preescolar, como en Bachillerato, en México, por disposición oficial se trabaja bajo el método de competencias, que implica en muchas ocasiones el trabajo por proyectos.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue desarrollar el método de aprendizaje basado en proyecto y aprendizaje situado que favorezca el aprendizaje significativo para que el alumno adquiera competencias profesionales en la aplicación de un proceso de evaluación psicológica.

Método

Participantes

Los participantes son todos los alumnos inscritos para la materia de Prácticas de integración de estudios psicológicos de 6º semestre, en la Licenciatura de Psicología, en el curso febrero-junio 2016, en la Universidad De La Salle Bajío, campus Salamanca, por lo que se trata de una muestra intencionada no probabilística (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

Instrumentos

Para la recopilación de los datos se utilizarán dos instrumentos de evaluación, el primero se trata de una valoración metodológica, y el segundo es una encuesta que mide el contexto de aprendizaje. Ambas se aplicaron a los alumnos. Están elaborados en forma de encuesta con respuestas tipo Likert. La segunda tiene más estudios estadísticos que la primera, sin embargo ambas son válidas. El instrumento que mide el contexto de aprendizaje muestra una alfa de Cronbach final de .734, lo cual demuestra estadísticamente ser muy confiable.

Procedimiento

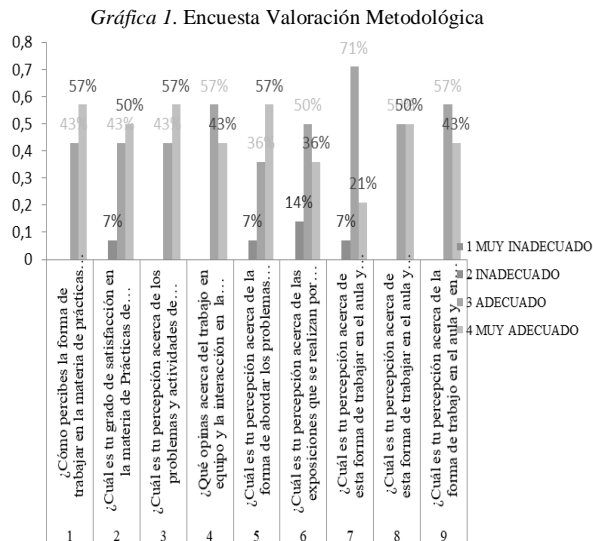
Se pretende analizar una estrategia fundamentada en aprendizaje basado en proyectos y aprendizaje situado implementada en el ciclo de Febrero-Junio 2016, en la materia de Prácticas de integración de estudios psicológicos, con los alumnos de 6º semestre de la carrera de psicología. La cual consistió en elaborar un proyecto de atención a la escuela primaria rural Vasco de Quiroga, en la comunidad de “los lobos”. Cabe mencionar que la atención fue solicitada por parte de la escuela, a la que se respondió inicialmente con observación participante, para posteriormente proponer cinco proyectos de integración de estudios psicológicos a diferentes sub poblaciones de la misma escuela. Finalmente, con una entrega de resultados por escrito y en una presentación *Power Point* ante el personal administrativo y docente, además de algunos padres de familia y niños.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos de evaluación con las consideraciones éticas pertinentes. De manera voluntaria y anónima contestaron los instrumentos los participantes. Con dichos instrumentos se pretende encontrar si existió o no aprendizaje significativo, entendiéndolo como una experiencia socializadora, donde pueden hacer uso de conocimientos previos, así como sentir si su trabajo fue provechoso para la población en la que se aplicó, lo anterior se medirá con uno o varios ítems de los instrumentos previamente mencionados. Cabe mencionar que se le hicieron adecuaciones a los instrumentos de acuerdo a las características de los participantes y al estudio. Una vez realizadas las encuestas se procede al análisis descriptivo de los datos para identificar significancias entre las variables del estudio.

Análisis de datos

Para la recopilación de los datos obtenidos en la implementación de los instrumentos se pretende utilizar un método de análisis descriptivo, mediante el uso de Excel.

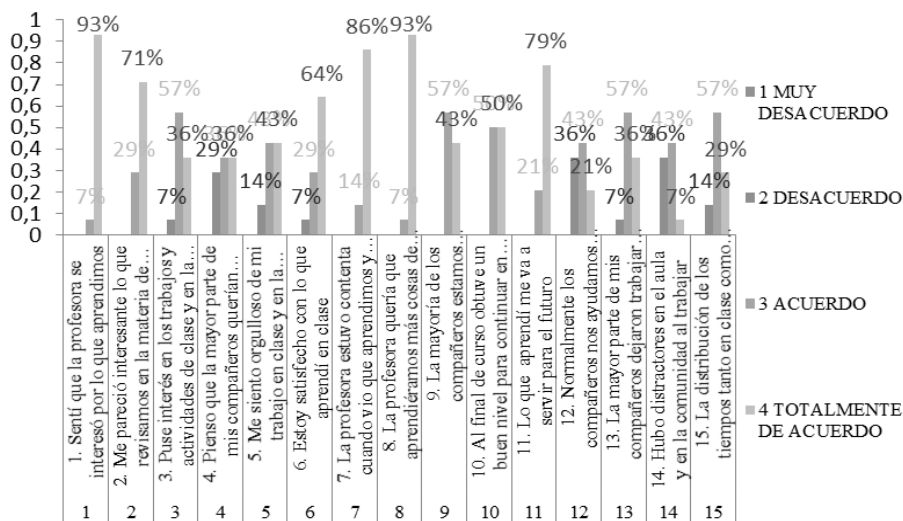
Resultados



Fuente: Sánchez, Moreira, y Caballero, (2008). Encuesta Valoración Metodológica (EVM). México. Adaptado por Valle, M (2017). Aplicado el día 17 mayo de 2017

Se puede observar que en su mayoría (57%) existe satisfacción en el uso del Método de Aprendizaje Basado en proyectos en una comunidad real. El instrumento utilizado mide una satisfacción general, el trabajo en equipo se muestra con un 43% de satisfacción. Cuestiona la socialización, donde se encuentra un 50% de satisfacción, así como habilidades específicas esperadas para el aprendizaje Significativo tales como resumir, defender, aplicar entre otras, en las cuales se muestra entre 43 y 50% de satisfacción. Por último parece importante mencionar, le encuentran una capacidad de relación con el entorno de 71%.

Gráfica 2. Clima de aprendizaje en cuestionario de Contexto



Fuente: López-González, Tourón, y Tejedor, (2012). Micro-instrumento para medir el Clima de Aprendizaje en Cuestionarios de Contexto (MCACC). México. Adaptado por Valle M. (2010). Aplicado el día 17 mayo de 2017

En el instrumento se miden conceptos relacionados con la profesora y su motivación, en la que se encuentra un 93% en total acuerdo por parte de los participantes, de una alta motivación. Por otra parte el interés de los participantes oscila entre 36% y 71%. En cuanto a la socialización los participantes muestran estar totalmente de acuerdo en tal rubro entre un 21% y un 43%. Por otra parte el orgullo del propio aprendizaje muestra un 43% y la satisfacción un 64%. La utilidad posterior para materias es de 79%, mientras que para el futuro es de 50%. Los factores externos influyen, según los participantes entre 43% y 57%. Se observan conceptos que comprenden el aprendizaje significativo, tales como conocimientos potencialmente significativos, relacionados con el entorno, motivados por el propio interés.

Discusión/Conclusiones

El constructivismo postula que el conocimiento, según Ordoñez (2006), cumple con cinco principios básicos, que pueden resumir en:

- 1) Es un proceso individual, la satisfacción respecto al método, puede dar cuenta de este proceso, y en el presente trabajo se mostró un 57% de satisfacción.
- 2) Experiencia directa, sin importar si es de éxito o de fracaso, se puede comparar este principio con lo aplicado en la materia, ya que los jóvenes participantes se enfrentaron a una experiencia que requería una evaluación en una comunidad con necesidades reales.
- 3) Diferente para cada uno, por ser significativo y cimentarse en aprendizajes previos. En el presente trabajo se buscó que el contenido de la materia fuera potencialmente significativo, respetando ese

proceso individual, mediante la motivación por parte de la profesora, pero también respetando el interés de los alumnos en la construcción de sus cronogramas, por ejemplo.

4) El conocimiento es estimulado a través de ponerlo en interacciones inteligentes con los otros, es decir, socialización. Para lo que interesa al presente estudio, se puede proponer que se responde a este principio en dos sentidos: a) la interacción inteligente con una comunidad con demandas reales a través de un plan de contenidos de la materia– implica una interacción del alumno con la población. Y b) la interacción inteligente entre los miembros del equipo, en este segundo punto es donde se centra el estudio, ya que en los instrumentos aplicados se les pide que den cuenta del interés, ayuda mutua, satisfacción, aprendizaje, calidad de trabajos finales, entre otros, de los propios compañeros, a lo que se encontró que el nivel de acuerdo en este rubro osciló entre 21 y 43%, donde la menor calificación en ayuda mutua y la mayor fue en satisfacción con el propio equipo.

5) Por último a través del desempeño auténtico, del cual da cuenta la aplicación y la distribución de las acciones en el campo de acción que cada alumno realizó basándose en los contenidos de la materia.

El conocimiento busca una explicación progresivamente más compleja, se propone que esta explicación del mundo es más compleja en el sentido de contenido, además del contenido académico de la materia, el conocimiento se complejizaría en el sentido de incluso una visión diferente de la propia comunidad y de la de los otros, generando así el cuestionamiento de las propias creencias, no solo conocimientos previos, en el mejor de los casos, un aprendizaje del individuo mismo y sus capacidades, lo cual podría ser un tema de todo un estudio más completo. En el presente estudio se da cuenta de la capacidad de relacionar los temas vistos en clase con el entorno, a lo que un 71% contesta estar de acuerdo con la relación del contenido con el entorno.

El aprendizaje significativo se puede mencionar que implica afectividad y pensamiento, por lo que el alumno logra un nuevo significativo (Ausubel, 1961). Para el presente trabajo se consideró tanto el interés como la satisfacción de los participantes para poder saber si el contenido del trabajo es potencialmente significativo, a lo que se encontró un 64% en total acuerdo al sentirse satisfechos con lo aprendido, por lo que se puede deducir que se trata de un aprendizaje potencialmente significativo para los participantes, así mismo, el interés por el material teórico, también es alto (71%).

Algunas características del aprendizaje significativo, son la intencionalidad y la relacionabilidad (Ausubel, 1961). Por lo que para saber si el material y el proyecto propuesto son potencialmente significativos, se preguntó su relación con otros cursos, a lo que todos contestaron estar de acuerdo con que lo pueden relacionar, sin embargo, la mitad de los participantes dice estar de acuerdo y la otra mitad, muy de acuerdo. Además de esto se les cuestionó sobre su utilidad a futuro, es decir al salir de la carrera, a lo que respondieron 79% estar muy de acuerdo con su utilidad. Por lo que el material mostrado es relacionable de manera satisfactoria. En cuanto a la intencionalidad, se propuso en los términos de que cada equipo seleccionó a la población y la problemática que creyeron más relevante para evaluar y generar sugerencias al respecto.

Fink en Krishnan (2015) propone una taxonomía del aprendizaje significativo que resulta interesante analizar a continuación: 1) conocimiento fundamental, se parte de que requiere un conocimiento básico, en este caso es representado por las clases teóricas que mediaron el proceso del proyecto, 2) Aplicación, en donde se pone en práctica lo aprendido, que en el presente trabajo sería la visita de campo a la escuela primaria rural, 3) Integración, para esta investigación, fue la entrega de resultados a directora, maestras y padres de familia, donde integraron los resultados de las pruebas aplicadas en cada sub – población, 4) dimensión humana, que como se plantea en la descripción del problema la interacción y choque entre dos culturas genera la posibilidad de ampliar la comprensión del mundo (Schütz, 2009), 5) Afecto, en el presente trabajo se propone como “orgullo del propio trabajo” y se encontró que el 86% están entre de acuerdo y muy de acuerdo con haberlo logrado, sin embargo un 14% refiere no haberlo logrado del todo, debido a que es un aspecto totalmente voluntario, no se puede interferir en los resultados, solo se puede

proponer la posibilidad y permitirles decidir y por último 6) aprender a aprender, si se han logrado los pasos anteriores, se puede entonces considerar que se logró la competencia principal.

Respecto a la metodología de aprendizaje basado en proyectos (ABP), se puede encontrar una satisfacción de 57%, de manera general. Como se mencionó previamente (Rodríguez-Saldaña et al., 2010), el ABP debe estar centrado en el estudiante, para el presente estudio el interés de los participantes fue crucial para esto, ya que ellos eligieron tanto la sub – población para trabajar, como el tema a evaluar específicamente, esto se ve reflejado en un 71% de interés en el material usado para la materia. Dado que otro elemento clave de la metodología es la socialización se consideró el trabajo en equipo, calificando el trabajo de los compañeros como muy adecuado (43%) y solo adecuado en un 57%. El tercer elemento de esta metodología es la función del docente, en el cual, como se mencionó previamente al examinar el aprendizaje significativo, se encontró una discrepancia entre la motivación de la docente (93%) y la motivación de los alumnos (entre 36 y 71%) se puede concluir que hizo falta transmitir esta motivación.

Respecto a la responsabilidad social universitaria (Vallaey, 2008), el presente estudio aporta un primer paso que implica la sensibilización ante contextos diferentes.

Para concluir, se observa que se cumple el objetivo, ya que el aprendizaje basado en proyectos y aprendizaje situado, si favorece en el aprendizaje significativo de los alumnos en la aplicación de una batería de evaluación. Se puede decir que las prácticas necesariamente son una fortaleza en la enseñanza superior, ya que favorece que se establezcan experiencias que permiten que el conocimiento adquirido sea potencialmente significativo.

Como posible mejora para el trabajo, se propone un estudio más estadístico y no solo el descriptivo. Se sugieren como futuras líneas de investigación, la implementación de metodología de tinte práctico en materias teóricas a lo largo de la licenciatura.

Referencias

Alcover, J., Ruiz, S, y Valero, M. (2001-2003). *Evaluación de la implantación del aprendizaje basado en proyectos en la EPSC (2001-2003)*. Recuperado de: www.xtec.cat/aulatec/Evaluacion_PBL.pdf

Ausubel, D. (1961). *Significado y aprendizaje significativo. Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Trillas, México. Recuperado de: <http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1J3D72LMF-1TF42P4-PWD/aprendizaje%20significativo.pdf>

Bitran M., Zúñiga, D., Leiva, I, Calderón, M., Tomicic, A., Padilla, O., y Riquelme, A. (2014). ¿Cómo aprenden los estudiantes de medicina en la transición hacia el ciclo clínico? Estudio cualitativo de las percepciones de estudiantes y docentes acerca del aprendizaje inicial de la clínica. *Rev Med Chile*, 142, 723-731. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000600006yscript=sci_arttext

Castillo, A., Ramírez, M., y González, M. *El aprendizaje significativo de la química: condiciones para lograrlo. Omnia*, 19(2), 11-24. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73728678002>

Ceneval (2016). *Estadísticas de los EXANI y Estadísticas de los EGEL*. Recuperado de: <http://www.ceneval.edu.mx/estadisticas-ceneval>

CIEES, (2016). *Estadísticas básicas de la educación superior en México*. Recuperado de: <http://www.ciees.edu.mx/index.php/publicaciones/estadistica>

Cubero, R. (2005). *Elementos básicos para un constructivismo social. Avances en psicología Latinoamericana*. Volumen 23. Fundación para el avance de la psicología (pp. 43-61). Bogotá Colombia. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

DGB, SEP. (2011). *Lineamientos para la evaluación*. Recuperado de: <http://www.dgb.sep.gob.mx/informacion-academica/otros/1-eval-aprendizaje.pdf>

Fernández, F. (2004). Para comprender mejor la realidad. *Cuadernos de Pedagogía*, 243. Recuperado de: http://didac.unizar.es/jlbernal/enlaces/pdf/04_Proyeccomprender.PDF

García, D., y Amante, B. (2006). *Algunas experiencias de aplicación del aprendizaje cooperativo y del aprendizaje basado en proyectos*. Recuperado de: <http://www.upcommons.upc.edu/handle/2117/9489>

Hernández, J.L. (S.F). *Aprendizaje situado. Evangelizar con responsabilidad social en la escuela*. Presentación Power point de conferencia dada en Universidad de la Salle México Norte. Recuperada de: <http://lasalle.edu.mx/comunicacion/wp-content/uploads/group-documents/4/1366750624-aprendizaje-situado-conferencia-la-salle.pptx>

Hernández, Fernández, y Baptista (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill: México.

Herrería, C., y Isoard, M.V. (2014). Aprendizaje en proyectos situados: la universidad fuera del aula. Reflexiones a partir de la experiencia. *Sinéctica*, 43. Recuperado de: Tlaquepaque jul./dic. 2014. versión On-line ISSN 2007-7033 versión impresa ISSN 1665-109X. Recuperado en Junio 2017. Disponible en <https://sinectica.iteso.mx/index.php/SINECTICA/article/view/24/17>

INEGI. (2016). *Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades*. Marco Geo estadístico Nacional. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/catalogoclaves.aspx>

Krishnan, S. (2015). Fostering Students' Statistical Literacy Through Significant Learning Experience. *REDIMAT*, 4(3), 260-270. doi: 10.4471/redimat.2015.1322.

López-González, E., Tourón, J., Tejedor, F.J. (2012). Diseño de un micro-instrumento para medir el clima de aprendizaje en cuestionarios de contexto (MICAC). *Bordón*, 64(2), 111-126.

Maldonado, M. (2008). *Aprendizaje basado en proyectos colaborativos. Una experiencia en educación superior*. *Laurus*, 14(28), 158-180. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Venezuela. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=76111716009>

Moreira, M. (2012b). ¿Al final qué es aprendizaje significativo? *Revista Currículum*, 25, 29-56. Recuperado de: [file:///D:/Documentos%20and%20Settings/HP-01/Escritorio/MAESTRIA/SEMINARIO%20INNOVACION%20\(Tesis\)%205%20BA/MAS%20BIBLIOGRAFIA/aprendizaje%20significativo2012.pdf](file:///D:/Documentos%20and%20Settings/HP-01/Escritorio/MAESTRIA/SEMINARIO%20INNOVACION%20(Tesis)%205%20BA/MAS%20BIBLIOGRAFIA/aprendizaje%20significativo2012.pdf)

OECD. (2017). *Education and Training. Teaching and Learning International Survey (TALS)*. Recuperado de: stats.oecd.org

Ordoñez, C.L. (2006). Pensar pedagógicamente, de nuevo, desde el constructivismo. *Rev. Ciencia Salud*, 4, 14-23. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/780/701>

Rizo, M. (2009). Intersubjetividad y comunicación intercultural reflexiones desde la sociología fenomenológica como fuente científica histórica de la comunicología. *Perspectivas de la comunicación*, 2(2).

Rodríguez-Sandoval, E., Vargas-Solano, É.M., Luna-Cortés, J. Evaluación de la estrategia aprendizaje basado en proyectos. *Educación y Educadores*, 13(1), 13-25. Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83416264002>

Sánchez, I., Moreira, M.A., Caballero, C. (2017). Implementación de una propuesta de aprendizaje significativo de la cinemática a través de la resolución de problemas Ingeniare. *Revista Chilena de Ingeniería*, 17(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77211342004>

SEP, (2016). *Sistema nacional de Información estadística Educativa*. Recuperado de: www.snie.sep.gob.mx/descargas/.../estadistica_e_indicadores_educativos_11GTO.pdf

UNESCO. (2016). *Informe de seguimiento de la educación en el mundo*. Recuperado de: <http://es.unesco.org/gem-report/>.

Vallaes, F. (S.F). *¿Qué es la Responsabilidad Social Universitaria?* Pontificia Universidad Católica del Perú. PALESTRA. Portal de asuntos públicos de la PUCP. Recuperado de: <http://aiesmin.unsl.edu.ar/responsabilidad.pdf>

CAPÍTULO 23

Estrés y el rendimiento académico en jóvenes universitarios de la Universidad de Lasalle Bajío Salamanca Guanajuato

Iñigo Joan Ortega Nilo y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad de la Salle Bajío Campus Salamanca

Introducción

El término estrés fue introducido por primera vez por el Fisiólogo canadiense Selye (1926) que lo define el estrés como el mecanismo general del organismo para adaptarse a todas las Influencias, cambios, exigencias y tensiones a los que podría estar expuesta la persona casi todas las definiciones coinciden en atribuir al estrés la responsabilidad de un gran número de trastornos psicológicos y fisiológicos. Entre ellos se describen episodios depresivos, disfunciones sexuales o problemas del sueño, trastornos psicósomáticos o alteraciones del sistema inmunológico, deterioro en el rendimiento laboral y académico o en la sensación de bienestar.

En el caso del estrés académico universitario se presenta cuando al alumno se le presentan exigencias escolares y sobrepasan la capacidad del estudiante para afrontarlas llevándolo en la gran mayoría de las veces al fracaso académico, particularmente la presión de los exámenes. Durante esta etapa los estudiantes también, deben enfrentar una gran cantidad de cambios, que pueden ser considerados estresores psicosociales, como el desarraigo, independencia disminución de apoyo económico de sus padres el tener calificaciones aprobatorias, y la constante incertidumbre que depara el futuro, así como la emoción de los estudiantes de falta de coherencia entre el grado de saberes obtenido en la cátedra y las condiciones del mercado de quehacer, pueden funcionar como estresores (Chacón, 2012).

El estrés es posible que provoque una capacidad disminuida de concentrarse, que aminore los rangos de atención y memoria, que afectan las habilidades de toma de decisiones, que descienda la capacidad intelectual, la dificultad para organizar o planificar proyectos complejos, así como también olvidos frecuentes, bloqueo mental y mayor sensibilidad a la crítica Uno de los problemas que causa el estrés en los estudiantes es su efecto en el aprendizaje (Cohen, 1996; Rice, 2000, citando Feldman, 2005).

Esta investigación se realizó a partir de las siguientes hipótesis entre más estresado el alumno más va a bajar su rendimiento académico y a mayor manejo de estrés, mayor desempeño va tener el alumno. De especial interés un estudio llevado a cabo a los estudiantes de Ciencias de la Salud en estos grupos aparecen como especialmente sensibles a la percepción de estrés académico dadas las exigencias no sólo teóricas, sino clínicas de los planes de estudio (Lindo, 1999). Así, Entre los estudiantes universitarios de 6º curso de medicina de la Universidad de Porto encuestados por Lorero, Mintiere, Mota-Cardoso, y Ferreira (2008) el 58,2% reportó síntomas clínicos asociados al estrés, apareciendo como principales estresores los siguientes: el volumen de material a estudiar, las exigencias de algunas asignaturas, el ritmo de las evaluaciones, una enseñanza-aprendizaje demasiado centrada en la memorización y la falta de tiempo para las actividades de ocio así como las dificultades en el manejo del mismo.

Se tomó una muestra de 115 Alumnos la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos aunque nos significativa, a encontrar rendimiento académico medio y alto (22.61% y 20%, respectivamente) en los alumnos con bajos niveles de estrés dicha información sugiere la posibilidad de que altos niveles de estrés son obstáculos para el rendimiento académico y que la mejor condición para obtener buenas notas es mantener niveles medios. Dicha asesoría sugiere la alternativa de que altos niveles de estrés son obstáculos para el rendimiento escolar y que la mejor condición para obtener buenas notas es mantener grados medios. Los niveles de estrés del estudiantado de la carrera no son

elevados (tan pronto como el 19.13% reporta alto estrés), lo que manifiesta que para esta población en particular la actividad escolar no es raíz graves problemas. Las posibles razones que deben ser investigadas de forma.

Específica son la poca frecuencia de exámenes y el modelo pedagógico que asume el profesorado. La relación entre grados de estrés y grado escolar ni siquiera resulta significativa. Grado de la aparición, exista el mayor dato de casos que reportan índices bajos de estrés (18.26%). Es importante mencionarse que el sexto grado de desarrollo representa poco más de la mitad del tiempo programado para la formación del psicólogo e implica que los estudiantes ya eligieron áreas especializadas de la carrera. Éstas son posibles aclaraciones para los números antes presentados, por otra parte de que en el momento de la pesquisa no existían estudiantes de primer ingreso (los experimentados en educación reportan ciertos conflictos de ajuste en los estudiantes que cursan esta etapa de formación). Con respecto a la unión entre las variables de tampoco- veles de estrés y edad de los alumnos se reporta un valor de $p=0.77742$, el cual no expresa relaciones significativas; aunque, sí se observa (Tabla No. 3) la disposición a que los estudiantes menores de 22 años reporten índices bajos de estrés (33.04%). Aunque no existen datos precisos para la explicación de semejantes líneas se sugiere como factibles aclaraciones el hecho de que por lo general los estudiantes menores de 22 años incluso no tienen responsabilidades conyugales y que algunos de ellos cuentan comúnmente con el apoyo de sus familiares. Por último, la relación encontrada entre el nivel de estrés y el género de los estudiantes no es relevante ($p=.02654$), aunque sí identifica cierta predisposición a que las mujeres tienen grados de estrés bajos y procedimientos, 39.13 y 21.74 por ciento, respectivamente. Cabe aclarar, pero, que en población estudiada el porcentaje de hombres era bastante menor al de las mujeres; a saber, 22 contra el 78 por ciento (Caldera, Pulido, y Martínez, 2007).

En la universidad de San I, en Perú se realizó una investigación con 98 estudiantes de la facultad de medicina, 53 de primero y 45 de sexto año. Se evaluó el predominio de ansiedad estado y ansiedad rasgo en sus respectivos niveles, encontrándose que una gran cantidad de la población presenta niveles moderados de ansiedad. Con respecto a la ansiedad estado, un 64,2% de los alumnos del primer año y un 57,8% de alumnos del sexto año presentó un nivel moderado; en cuanto a la ansiedad rasgo, 54,7% y 48,9% de los alumnos de primero y sexto año, respectivamente, mostraron niveles moderados. Lo más destacado fue la presencia de un mayor porcentaje de alumnos del primer año (26,4%) en cuanto a los alumnos del sexto año (8,9%) con un nivel de Ansiedad estado severa, lo mismo que se reflejó también en la ansiedad rasgo, cuando se encontró que 20,8% de alumnos del primer año y 11,1% de alumnos del sexto año presentó un nivel mayor (Celis et al., 2001).

El grupo en universidad peruana estudio estuvo conformado 118 estudiantes universitarios del 3er y 4to año de la FE de la UPCH 2005-I. La distribución de la muestra según sexo fue: 73.7% mujeres y 26.3% varones, siendo el promedio de edad 20.47 ± 1.29 años. En el análisis de los resultados se utilizaron los porcentajes para detallar la presencia de estrés, la representación directa de medias para adjetivar la intensidad con que se presentaron las situaciones creadoras y señales de estrés y el análisis correlacional se realizó a través del coeficiente Tau de Kendall. Los resultados revelan que el 96.6% de estudiantes reconocieron la presencia de estrés universitario, siendo los estudiantes de 3º año los que presentaron los grados más altos de estrés. Según sexo, las mujeres presentaron niveles más bajos de estrés en relación a los hombres (ARANCELI, 2006).

En una investigación realizada por Pulido (2011) en México en la universidad Intercontinental en 504 estudiantes, seleccionados aleatoriamente, de todas las licenciaturas impartidas en la Universidad estos fueron los resultados. Las tablas muestran que un porcentaje alto de la muestra ha sufrido ansiedad intensa (73.41%) y que 45.82% de estos casos ocurren al menos una vez al mes. Las tablas indican que al menos 51.58% de la muestra consume diferentes tipos de drogas o alcohol para paliar los efectos del estrés académico y que 47.41% lleva a cabo el consumo al menos una vez al mes. El 85.11% de la muestra percibe a los docentes como muy exigentes, pese a lo cual solo un poco más de 15% ha pensado

en darse de baja por motivo de la demanda académica, y esto ha ocurrido con una frecuencia relativamente baja, pues menos de 10% lo ha pensado al menos una vez al mes.

Se tomó una muestra 40 estudiantes de 4º semestre de Psicología, Ciencias Económicas, Filología Inglesa y Filología Hispánica de la Universidad de Sevilla, Escala de Apreciación del Estrés (Eae-g) Cuestionario de Indicadores de Salud Escala de Auto concepto Académico.

Se aplicó un instrumento, diseñado con este fin, 450 estudiantes de las carreras de medicina y psicología de diferentes universidades. En primer lugar se presentan algunos datos que corresponden a la segunda parte del instrumento, es decir a aquella que evalúa aspectos relativos a la salud De los participantes. Con respecto al padecimiento de alguna enfermedad crónica, 244 de los participantes, es decir, el 54.20% reportó padecer algún tipo de enfermedad, mientras que 206, el 45.80%, reportaron no padecer ninguna. Del primer grupo, 226 participantes (50.20%) refirió que su enfermedad estaba diagnosticada, mientras que 18 de ellos (3.8%) contestó que no contaba con un Diagnóstico profesional (Rodríguez, 2012).

Los resultados muestran un aumento en el nivel de estrés de los universitarios durante el período de exámenes. Se observaron diferencias significativas en el nivel de estrés alcanzado por los estudiantes de Psicología respecto al de Filología Hispánica durante los dos períodos analizados. Asimismo se han hallado efectos sobre la salud (ansiedad, consumo de tabaco, cafeína o fármacos, alteraciones en el sueño y en la ingesta de alimentos...) y sobre el auto concepto académico de los estudiantes (peor nivel de auto concepto académico) durante el período de presencia del estresor (Martín, 2007).

La muestra se conformó por un total de 205 estudiantes cursantes del primer año de la carrera de Medicina, correspondiente al curso 2006-2007 en la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba. El estrés escolar es un fenómeno de elevada frecuencia en la muestra elaborada, con un predominio en el sexo femenino. Su índole de recurso multidimensional y complejo abarca la presencia de señales anatómicas, conductuales y cognitivo- afectivas, las cuales se asocian, moderadamente, a variables como los resultados universitarios, la edad y el sexo del estudiante. Se utilizó el Inventario de Estrés auto percibido Estas últimas manifestaciones son las de mayor incidencia y grados de expresión, siendo una característica propia del proceso de estrés escolar. El estrés universitario en los estudiantes de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango, Guadalajara, Memoria electrónica del VII Congreso Nacional de Investigación Educativa (Román, Ortiz, y Hernández, 2008).

La distribución por sexo correspondió un 58% al sexo femenino y un 42% al sexo masculino, con diferencias significativas entre ambas proporciones. La distribución por edades de la muestra tuvo las siguientes frecuencias: 60% para el grupo de 18-20 años, seguido con 22% para 20-22 años y solo un 18% para los mayores de 23 años. En la variable tipo de ingreso predominan los estudiantes de nuevo ingreso con un 90% de la muestra, seguido de las licencias de matrículas y repotencias con 4 y 6% respectivamente. Los resultados académicos auto percibidos de la muestra generalmente se encontraron en la categoría regulares o malos (72%) y solo un 28% con resultados académicos buenos o excelentes. Significamos que los resultados académicos auto percibidos son similares a los obtenidos por el corte docente realizado en semana 8 del curso académico (Román, Ortiz, y Hernández, 2008).

Alumnos de primer y quinto año de la carrera en una facultad de Medicina mexicana. Se utilizó la escala unidimensional de estrés estudiantil (eube), cuyo instrumento determina indicadores comportamentales y actitudinales, que fueron aplicados a 140 estudiantes. La mayor presencia en ambos grupos correspondió a los ítems 13, de tipo actitudinal, con 78,3% («No creo terminar con éxito mis estudios») y 7, de tipo comportamental, con 71,6% («Antes de terminar las clases me siento cansado»). La menor presencia aparece en el ítem 1, de tipo comportamental, con 42,9% («El tener que asistir a clases me cansa») y el 10, de tipo actitudinal, con 37,3% («El asistir a clases se me hace aburrido»). En todos los casos, se trata de ítems relacionados con probable agotamiento físico. 314 alumnos de las carreras de Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología y Nutrición del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos Osorno De la población total el 75% correspondió a estudiantes mujeres y el

25% a hombres lo cual es representativo de la población total del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos. Con respecto a las carreras estudiadas el 6,4% correspondían a estudiantes de Fonoaudiología (80% mujeres), 24,2% a Kinesiología (45% mujeres), 29,3% a Nutrición (91% mujeres) y 40,1% a la carrera de Enfermería (81% mujeres). Del total de los alumnos, el 98,4% señala haber presentado estrés académico durante el semestre, señalando la mayoría (85%) de los alumnos niveles altos (3, 4 y 5) de estrés académico, existiendo diferencia entre géneros ya que el 96,24% de las mujeres presentan niveles elevados de estrés versus un 88,57% en los hombres.(Jerez, 2015).

El estudio de la Calidad de Vida en los mayores viene cobrando una mayor preeminencia en los últimos años, debido fundamentalmente al fenómeno de envejecimiento poblacional, así como a la tendencia más actual de “dar vida a los años” (Leiva, 1995; Bayarre, Pérez, y Menéndez, 2008). Así pues, dentro de las redes de apoyo que se dan en la vejez, no se ha de pasar por alto que las relaciones familiares suponen, como ya se apuntó anteriormente, un elemento primordial, en la determinación del bienestar y la Calidad de Vida del individuo (Barrón, 1996; Buendía, 1994; Montorio, 1994; Rodríguez, 1995).

En esta misma línea, Antonucci y Jackson (1990) se interesaron por el análisis diferencial del apoyo prestado por familiares y amigos.

El objetivo de esta investigación es analizar la relación que tienen el estrés con el rendimiento académico en los alumnos de la universidad De Lasalle Salamanca, Guanajuato, para hacer conocer a la comunidad universitaria y así fomentar técnicas para el manejo del estrés.

Método

Es un diseño no experimental, transversal, de tipo exploratorio-descriptivo (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010; Kerlinger y Lee, 2002).

Desde la perspectiva del análisis de causa y efecto para obtener la relación entre las variables; estrés y desempeño académico. Es necesaria una aproximación metodológica cuantitativa descriptiva que permite medir los fenómenos, utilizar la estadística y prueba de la hipótesis sobre la influencia el estrés en el rendimiento académico de los estudiantes de universidad.

Es importante determinar el plan o la estrategia a utilizar para lograr obtención de la información no deseada, un diseño no experimental permite al investigador observar, tal y como se dan en el contexto natural para ser analizados; es decir, observar situaciones ya existentes y no existe manipulación deliberada de las variables en cuestión ni selección al azar. Las deducciones sobre la relación entre las variables se llevan a cabo sin que exista una intervención o influencia directa y se obtienen tal como se muestran en el medio natural (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006).

Participantes

A 108 alumnos de De La Lasalle campus Salamanca Una vez realizadas las encuestas se procedió al análisis estadístico de los datos para identificar significancias entre las variables de estudio y con ello indicar las conclusiones evaluando la viabilidad de las hipótesis planteadas. De igual forma, se darán a conocer los resultados obtenidos de una manera específica a las autoridades de la institución y el agradecimiento a todos los colaboradores y participantes por su aportación en el desarrollo de la investigación.

Instrumentos

Como instrumento se aplicó el instrumento de escala de afrontamiento de estrés académico de Cabanach (2009), (que permite diferenciar entre el apoyo social, la reevaluación cognitiva y la planificación, puede ser un instrumento adecuado para el ámbito universitario. Este test creado en Coruña España por lo tanto se modificó y valido para emplearse para jóvenes universitarios. Consta de

25 preguntas 23 preguntas con cuatro alternativas de respuesta en una escala tipo Likert (1=nunca, y 4=siempre). La pregunta 24 y 25 son de opción múltiple. El valor del Alfa de Cronbach.

Procedimiento

Para aplicar este instrumento se solicitó permiso al departamento de formación integral de la institución dando a conocer el objetivo de la investigación, así como la relevancia que es ésta, para el investigador en su formación profesional, aplicando el instrumento entre los meses de marzo, abril del 2017.

Para el análisis de los resultados, se buscó un instrumento que cumpla con las condiciones a analizar y que contara con las condiciones de los estudiantes, en este caso su edad. Por otro lado, se buscó que los principales temas que se necesita evaluar los considera el instrumento. Cabe mencionar que se hizo la adaptación correspondiente a las necesidades de nuestra muestra a investigar y con la valides correspondiente.

Análisis de datos

Para realizar el análisis de los resultados, se buscó un instrumento que cumpliera con las condiciones de analizar y que cumpliera con las condiciones de los estudiantes, en este caso su edad. Por otro lado, se buscó que los principales temas que se necesita evaluar los considera el instrumento. Cabe mencionar que se hizo la adaptación correspondiente a las necesidades de nuestra muestra a investigar y con la valides correspondiente.

Para la recopilación de los datos obtenidos en la implementación se hizo de forma presencial recogiendo las pruebas, capturando los resultados en Microsoft Excel, y así obtener las estadísticas proyectándolas en gráficas.

Resultados

Tabla 1. Datos Socio-Demográficos es Estrés y el rendimiento académico en jóvenes universitarios de la universidad de Lasalle Bajío Salamanca Guanajuato

N=50			
	n	%	X
Masculino	23	46	NA
Femenino	27	54	
Edad			4.66
3	1	2	
4	15	30	
5	34	68	

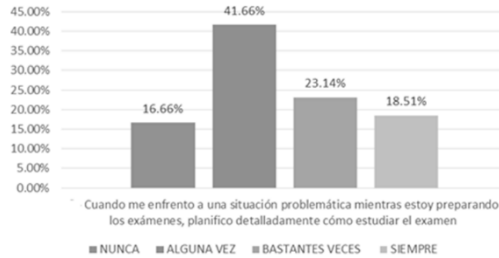
Gráfica 1. Priorizar tareas



En esta figura se muestran los resultados de cuales es la frecuencia de presentar situación estresantes como el exceso de tareas, refleja que el 34.25% de los estudiantes alguna vez han priorizado tareas y

organizan su tiempo, un 6.48 % de los estudiantes nunca han priorizado tareas ni organizan su tiempo ,por otra parte el 30.50% priorizan tareas y organizan su tiempo bastantes veces y el restante 28.70% siempre priorizan tareas y organizan su tiempo, concluyendo que los alumnos De La Salle Salamanca saben priorizar tareas y cómo manejar su tiempo.

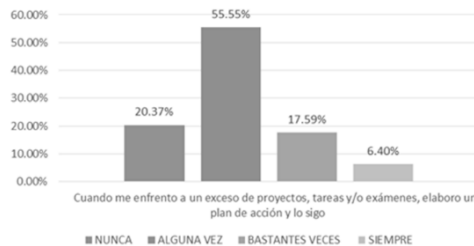
Gráfica 2. Estudiar para un examen



Cabanach y Ramón (2009). Escala de afrontamiento del estrés académico, (adaptado) por O. I.

En esta figura se muestran los resultados de cuales es la frecuencia de presentar situación estresantes, refleja que el 41.66% de los estudiantes alguna vez ha estudiado para el examen, sólo un 16.66 % de los estudiantes nunca ha estudiado para un examen, el 23.14% y el 18.51% restante siempre estudia para un examen, concluyendo que los alumnos en general expresan se preparan adecuadamente para su examen.

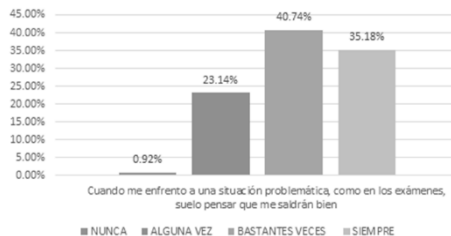
Gráfica 3. Elaboración de un plan de acción



Cabanach, Ramón, (2009) Escala de Afrontamiento del Estrés Académico, (adaptado) por O. I.

En esta figura se muestran los resultados de cuales es la frecuencia de presentar situación estresante, rebela que el 55.55% alguna vez los universitarios han elaborado un plan de acción y lo sigue, sólo un 6.40% de los estudiantes siempre sigue un plan de acción. Concluyendo que los alumnos De La Salle les faltan elaborar un plan de acción eficiente.

Gráfica 4. Auto-confianza



Cabanach, Ramón, (2009) Escala de Afrontamiento del Estrés Académico, (adaptado) por O. I.

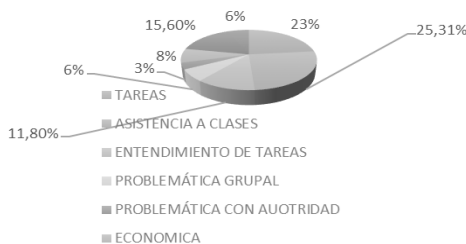
En esta figura se muestran los resultados de cuales es la frecuencia de presentar situación estresante como un problema con los demás, el 40.74% de los alumnos bastantes veces se sienten confiados a que las cosas les saldrán y sólo el 0.92% nunca se ha sentido capaz de hacer que las cosas les salgan bien. Concluyendo que la gran mayoría de los alumnos De Las Salle tienen confianza en sí mismos.



Cabanach, Ramón, (2009) Escala de Afrontamiento del Estrés Académico, (adaptado) por O, Es.

En esta figura se muestran los resultados de cuales es la frecuencia de presentar situación estresante, rebela que el 35.18% alguna vez los han realizado listas de pendientes y sólo un 12.03% de los estudiantes siempre hace una listas de pendientes. Concluyendo que los alumnos De La Salle sería recomendable que aprendieran a priorizar tareas.

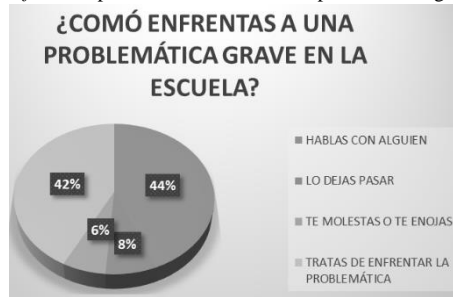
Gráfica 6. Factores que generan estrés
¿Cuáles son las principales cosas que te preocupan en la universidad?



Cabanach, Ramón, (2009) Escala de Afrontamiento del Estrés Académico, (adaptado) por O, I.

En esta figura se muestran los resultados de que es lo que más estresa a los universitarios De la Salle Salamanca lo que más les estrés es el factor de la asistencia a clases con un 25.31% y sólo el 3% de la autoridad tiene problemas con la autoridad. Concluyendo así que los alumnos les causa estrés el hecho de no poder faltar con regularidad, por otra parte la mayoría de los alumnos inscritos tienen una buena relación con la autoridad.

Gráfica 7. Tipos de enfrentamiento de problemática grave



Cabanach, Ramón, (2009) Escala de Afrontamiento del Estrés Académico, (adaptado) por O. I.

En esta figura se muestran la forma en que los estudiantes afrontan una situación estresante, refleja que el 44% de los alumnos la afrontan comunicándose con alguien más, de esta manera se vuelve a comprobar que los alumnos son comunicativos, por una diferencia menor, con un 42% los alumnos tratan de enfrentar la problemática, un 8% lo dejan pasar y sólo 6% se molestan así confirmando que la mayoría de los alumnos saben controlar sus impulsos.

Discusión

De acuerdo a las investigaciones realizadas que se citaron, el estrés logra afectar en el rendimiento académico, de acuerdo a los estudios citados en esta investigación Como menciona (Fisher, 1984) considera que el ingreso a la universidad representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el alumno puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control y experiencia sobre el nuevo ambiente escolar, potencialmente generador de estrés y, en último término, potencial generador, junto con otros factores como las tareas, exámenes y proyectos, causan el fracaso académico universitario y esto a su vez genera en el universitario más estrés así creando un círculo vicioso, del cual es difícil salir.

En esta investigación en de la universidad De La Lasalle de Salamanca, a 108 alumnos, de acuerdo a los resultados en general mostraron que si bien en su mayoría casi nunca realizan planes de acción, listas de pendientes, darle prioridad a ciertas tareas de mayor relevancia, logran mantener la calma en situaciones complicadas como lo puede ser el exceso de tareas, o la temporada de exámenes, y logran salir adelante, incluso la mayoría tiene confianza antes de realizar un examen. También demostraron tener en su mayoría una respuesta adecuada a una situación estresante ya que el 44% hablan con alguien más, muy reñido el 42% de los alumno enfrentan la situación, sólo el 8% dejar pasar el problema y solamente el 6% se molesta.

Conclusiones

El estrés es un padecimiento cada vez más frecuente en las personas debido a las exigencias de la vida contemporánea donde todo cambia constantemente, lo cual hace difícil la adaptación para la persona, esto provoca a la gente varios padecimientos emocionales, físicos y en rendimiento cognitivo. En el ámbito académico en muchas ocasiones debido al exceso de exigencias de los profesores, como tareas, proyectos, exámenes, exposiciones etc., que se enfrenta el alumno con la presión de sacar buenas calificaciones, en muchas ocasiones sobrepasa la capacidad del alumno provocando que baje el rendimiento académico, en la presente investigación la hipótesis planteaba lo anterior mencionado al haber mayor estrés más iba bajar su rendimiento y al mayor manejo que el alumno tenga mayor desempeño académico. En esta investigación se cumplió la segunda hipótesis ya que de acuerdo a los resultados obtenidos ya que afirmaron la mayoría tener un buen desempeño a pesar del estrés, incluso los

alumnos declaran no sentirse agobiados en temporada de exámenes, de echo tal es la confianza que pocos estudian para realizar un examen. Sin embargo manifestaron no tener una buena organización y priorización de tareas.

A pesar de haber varios estudios sobre el estrés académico se sigue infravalorando el problema del estrés académico ya que en pocos planes de educativos en México hay materias sobre el manejo de estrés o en su defecto sobre el manejo del tiempo esta última sólo está en carreras administrativas. Lejos de que las universidades mexicanas tomen cartas en el asunto muchos profesores siguen centrándose en que sus alumnos cumplan al pie de la letra sus exigencias sin tomar en cuenta que tienen varias asignaturas y posibles problemas personales que también merman la capacidad académica de los estudiantes aumentando la probabilidad que fracase y por consiguiente aumenta el aún más el estrés.

Esta investigación queda abierta ya que el estrés es una condición que varía constantemente su intensidad en los alumnos de acuerdo a la temporada del periodo que se encuentren y si se van creando mayores estrategias para afrontar el estrés académico.

Referencias

Caldera, J.F., Pulido, B.E., y Martínez, M.G. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos [Versión electrónica]. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 77-82.

Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Paidós.

Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., y Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año [Versión electrónica]. *Anuales de la Facultad de Medicina*, 1(62), 25-30.

Dupont, M., LeClerc, D., y Deslandes, R. (2003). Ressources personnelles et detresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des eleves de quatrieme secondaire. / Personal resources and psychological distress in association with the school performance and stress of fourth secondary students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(4), 254-267.

Feldman, S.R. (2005). *Psicología con aplicaciones en paises de habla Hispana*. México D.F.: Mc Graw.

Fisher, S. (1984). *Stress and perception of control*. London: Lawrence Erlbaum.

Hernández, R., Baptista, P., y Fernández, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill.

Jerez, M. (2015) *Estrés académico en estudiantes del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos Osorno Santiago Chile*.

Lindo, E. (1999). *A comparative study of stress between pre and pos projet*.

Martín, I.M. (2007). Estrés Académico en Estudiantes Universitarios [Versión electrónica]. *Apuntes de Psicología*, 1(25), 87-99.

Pulido, M. (2011). *Estrés académico en estudiantes universitarios*. México DF.

Rodríguez, L. (2012). *Competencias académicas, reporte de estrés y salud en estudiantes universitarios*. Universidad nacional autónoma de México facultad de estudios superiores Iztacala.

Rodríguez, M. et al. (2013). *El Estrés en Estudiantes de Medicina al Inicio y Final de su Formación Académica*.

Román, C.A., Ortiz, F., y Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina [Versión electrónica]. *Revista Iberoamericana de Educación*, 7(46), 1-8.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

CAPÍTULO 24

Rediseño de un manual de laboratorio para biología II, en preparatoria

Blanca Lidia García Pérez y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad de la Salle Bajío

Introducción

Se sabe que la Biología se considera como una ciencia con actividad práctica, además de teórica, por lo cual hace que sea un elemento indispensable en la enseñanza del laboratorio. En el sistema educativo son frecuentes las opiniones acerca de la necesidad de propuestas innovadoras, motivadas por un deseo de facilitar una mejora en la enseñanza. El proceso educativo debe garantizar que los estudiantes alcancen el desempeño deseado, enfocado en el conocimiento científico y la experimentación. Ya que la Biología es una ciencia experimental, es importante que los temas estudiados en el aula de clases, se complementen con la experimentación en el laboratorio, logrando así mejorar el rendimiento académico de los estudiantes dentro del proceso de enseñanza aprendizaje (Gama, 2012).

En la década de los años 60s y 70s, surge una línea de trabajo en Valencia, España en torno a las prácticas de laboratorio, en un intento por romper con la enseñanza tradicional en lo que aparecía una clara diferencia entre la enseñanza teórica y la enseñanza práctica, a lo largo de las dos últimas décadas, las prácticas solo se han utilizado como un apoyo a la enseñanza teórica de las ciencias, como refuerzo y consolidando las diferentes teorías ya enseñadas y por tanto tienen con un escaso nivel de indagación (Gavida, 2001).

Con la implementación del modelo constructivista en el proceso de aprendizaje–enseñanza, así como el enfoque por competencias y esto en congruencia con los programas de estudio de la Dirección General de Bachillerato (DGB Versión 2011) se ha producido un cambio en la elaboración de los manuales de prácticas de laboratorio, ya que estos proporcionan a los estudiantes pensamiento creativo, toma de decisiones, investigación, indagación, reflexión y la aplicación del conocimiento así como desarrollar su curiosidad, suscitar discusiones, elaboración de hipótesis y espíritu crítico, para el análisis e interpretación de los resultados (Guarneros, 2012). Al incluir prácticas de laboratorio se fomenta el trabajo por equipo y sobre todo relacionar lo que aprende el alumno en el aula con la aplicación real de su entorno.

Según el Programa de estudio de Biología II de la DGB (2011). El enfoque educativo establece las competencias disciplinares las cuales debe de cumplir el alumno y son las siguientes en relación con las prácticas de laboratorio:

- 1.- Identifica problemas. Formula preguntas de carácter científico y plantea las hipótesis necesarias para responderlas.
- 2.- Obtiene, registra, sistematiza la información para responder las preguntas de carácter científico, consultando fuentes relevantes y realizando experimentos pertinentes.
- 3.- Contrasta los resultados obtenidos en una investigación o experimento con hipótesis previas y comunica sus conclusiones.
- 4.-Valora las preconcepciones personales o comunes sobre diversos fenómenos naturales a partir de evidencias científicas.
- 5.- Explica las nociones científicas que sustentan los procesos para la solución de problemas cotidianos.

Este enfoque por competencias tiene varias ventajas ya que se preparan a los jóvenes para que puedan desarrollarse plenamente en los contextos diversos a lo largo de su vida. Privilegia el aprendizaje

sobre la memorización. Y con esto se termina con la dispersión existente en el bachillerato al articular subsistemas, para favorecer el tránsito de alumnos. Permite planes y programas de estudios flexibles que se adapten a necesidades específicas, en un marco nacional de diversidad (Mastache, 2007).

La materia seleccionada para la propuesta de mejora del manual de laboratorio, es Biología II, que se imparte en la Preparatoria De La Salle, Campus Salamanca, en los jóvenes que cursan el Cuarto Semestre, Grupos 411 Bachillerato de Físico, 421 Bachillerato de Químico.

Álvarez (2010) realizó un trabajo sobre manual de prácticas de Laboratorio en el área de Química para bachillerato cuyo objetivo era elevar el desempeño teórico práctico de los docentes y alumnos en la Universidad Técnica de Ambato, localizada en Ecuador.

Guarneros (2012) en Córdoba, Veracruz, México, hizo una recopilación y adecuación de técnicas de Laboratorio para la elaboración de un manual de actividades experimentales, Biología I del Bachillerato General Federalizado, y llegó a las siguientes conclusiones, que las actividades experimentales de su manual requieren que los alumnos examinen y analicen la información, comprendiéndola más que memorizándola, con esto se pretende promover la curiosidad y el gusto por el conocimiento y por una ciencia tan apasionante como es la Biología.

Por lo que respecta al estado de Guanajuato no se han realizado trabajos respecto al tema, y enfocándonos a Salamanca y en especial a la Preparatoria De La Salle, tampoco se han hecho trabajos de manuales de laboratorio de Biología. Por lo antes expuesto, es necesario realizar una reestructuración que incluya la validación y mejora de los manuales para las prácticas de laboratorio, que sean más interactivos, que despierten el interés de los alumnos por seguir investigando y que sean generadores de su propio conocimiento. Ante los problemas antes mencionados, se propone la mejora del manual de laboratorio de Biología II, de la Preparatoria De La Salle Bajío, Campus Salamanca, que permita mejorar el rendimiento académico en el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que contarán con un recurso de aprendizajes significativos, y elaborar cursos prácticos y dinámicos.

La Biología emplea el método científico utilizando como herramienta varios métodos, entre ellos el experimental. De ahí la importancia del desarrollo de experimentos sobre los diversos fenómenos que ocurren en los seres vivos, ya que tienen como fin comprobar los enunciados o propuestas teóricas que se hacen acerca de dichos fenómenos, se realizan entre 12 y 15 prácticas, en las cuales se observa el poco interés de los alumnos en la entrega de reporte de prácticas así como la asistencia a las mismas. Las prácticas sirven para la mejor comprensión de los conceptos teóricos vistos durante la clase.

Por lo tanto es necesario mejorar el manual de práctica de laboratorio, con prácticas que despierten interés para los alumnos. Las cuales deberán cumplir con ciertos requisitos como el de ser homogéneas en cuanto a estructura, sin faltas de ortografía, entendibles con lo cual den como resultado una mejor comprensión de los conceptos teóricos vistos durante la clase y por ende tengan un mejor aprovechamiento los alumnos.

Cada docente podrá elegir a su conveniencia del presente material, las prácticas que mejor se adapten a su estilo de enseñanza y a la dinámica del grupo. Para ello se propone en este trabajo 25 prácticas de laboratorio que abarcan de manera completa el programa de Biología II, de las cuales son nueve obligatorias y las restantes son optativas. Aunque por experiencia se asume que solo son posibles de realizar de 10 a 12 prácticas debido al tiempo real de duración del semestre.

La funcionalidad de este manual se basa en la sencillez de los materiales y las secuencias experimentales concretas y dirigidas hacia el desarrollo de habilidades y destrezas así como la aplicación del conocimiento teórico, además de guiar el aprendizaje de los alumnos al instruir, ayudar a organizar la información, relacionar conocimientos, crear nuevos conocimientos y aplicarlos, también ejercitar habilidades, entrenar al alumno en técnicas, métodos y acciones que exigen una determinada respuesta lógica o psicomotriz, motivar, despertar y mantener el interés por temas específicos y muchos beneficios más. Este material, se formula para garantizar un desarrollo fiel del plan de estudios y del programa de asignatura (Alemán, 2006).

Sin embargo, a pesar de su papel relevante para el estudio de las ciencias, y en enfocándonos a la materia de Biología II, en la realidad las prácticas que se realizan en la escuela son deficientes debido a que se ha notado una escasez de recursos y material de laboratorio, falta del material para trabajar en laboratorio por parte del alumno, falta de bata blanca, manga larga y bordado con el nombre del alumno, el cual es requisito para ingresar a laboratorio, excesiva extensión de los programas de estudio por parte de la DGB, que dejan muy pocas horas para la realización de las prácticas de laboratorio, pedagogía tradicional de la enseñanza de las ciencias, basada en la transmisión de conocimientos ya elaborado así como poco interés de los alumnos en las prácticas de laboratorio, esto se visualiza al comprobar que hay ausentismo en las prácticas y en la realización de las mismas. Que se pone de manifiesto con las asistencias de los alumnos a la actividad de laboratorio.

La propuesta del manual es en una primera etapa dirigida para la Preparatoria De La Salle Bajío, Campus Salamanca. El manual se utiliza en cuarto semestre en la materia de Biología II, con una ponderación del 20 % de su calificación parcial y final.

En las escuelas preparatorias se deben realizar actividades en los diferentes laboratorios con los que se cuentan; la magnitud, la calidad y cantidad de las prácticas, dependerá de acuerdo a las necesidades de aprendizaje de los alumnos y del grado de motivación que logren los maestros responsables.

El manual de prácticas de laboratorio de Biología II que se está llevando actualmente en la Preparatoria De La Salle Bajío, Campus Salamanca, cuenta con 15 prácticas de las cuales solo son viables 10, debido al material existente en el laboratorio, tiene fallas en cuanto a forma y estilo, contenido, faltas de ortografía, así como no se especifica la ponderación de la misma. Se observa un gran ausentismo en las prácticas de laboratorio por parte de los alumnos, así como falta de interés en la realización de las mismas.

Debido a que dentro de los requerimientos para realizar algunas prácticas, no se cuenta con ello en el laboratorio, se tiene que improvisar y por lo tanto, se realizan procedimientos nuevos, que llevan a un fracaso o bien que la práctica es inadecuada o no logra alcanzar el objetivo deseado

El objetivo del presente trabajo fue rediseñar el manual de Laboratorio, en la asignatura de Biología II, para mejorar el desempeño académico de los alumnos, a través de la comparación de calificaciones.

Método

Participantes

Los participantes en la investigación fueron los alumnos de la Preparatoria De La Salle Bajío, campus Salamanca, de cuarto semestre grupos 411 y 421, con un total de 40 alumnos, 17 del 421 y 23 del 411, con un muestreo no probabilístico (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010; Rivera, 2011).

Los criterios de inclusión fueron hombres y mujeres del grupo en un rango de edad entre 16 y 17 años de los grupos 411 y 421 y que quisieron participar, y autorizaron colaborar con las prácticas de laboratorio. Siendo de la siguiente manera; del grupo 421, participaron 9 mujeres y 8 hombres, lo cual representa el 50 % del grupo y del grupo 411, 5 mujeres y 18 hombres, lo cual representa el 50 % del grupo.

Instrumentos

Para la recopilación de los datos se utilizó una encuesta de satisfacción propuesta por el Lic. Franklin Rolando Álvarez Gallo, encuesta para docentes y estudiantes del Colegio Diocesano “San Pio X” (EDECED), adaptado por C.D. Blanca Lidia García Pérez, se aplicó a los alumnos que trabajaron en el laboratorio de Biología II con el rediseño del manual, y se espera observar un aumento en el rendimiento académico. Consta de 12 ítems con cuatro alternativas de respuesta en una escala tipo Likert (0=nada, 1=poco, 2=bueno y 4=excelente).

Cabe mencionar que es importante que este instrumento tengan validez y confiabilidad, por lo que antes de implementarse con los alumnos fueron autenticados y revisados por expertos para darles validez

y cumplan con el objetivo planteado del trabajo y posteriormente se aplicaron a una población estudiantil de características similares para darle confiabilidad y realizar correcciones si fuese necesario.

Procedimiento

Una vez definido el problema, el objetivo de la investigación, la recopilación y análisis de la teórica así como estudios relacionados con la propuesta y los métodos de investigación, se procedió a la concepción y elección del diseño de investigación para la recolección de los datos.

El diseño que se pretende seguir bajo el enfoque pre experimental ya definido, es un diseño de investigación transversal, donde se recolectarán los datos de los alumnos que participaron en la realización de las prácticas de laboratorio.

Antes de realizar la aplicación de los instrumentos, tanto en la realización de las práctica de laboratorio y en las encuestas de satisfacción en la población en estudio, por cuestiones éticas y profesionales se plantea y se solicita la autorización de las autoridades de la institución dando a conocer las finalidades de la investigación, así como la importancia que es ésta, para el investigador en su formación profesional.

La recolección de datos será mediante un instrumento de tipo encuesta, la cual serán aplicada a 40 alumnos de cuarto semestre de los grupos 411 y 421, de la Preparatoria De La Salle Bajío campus Salamanca. Una vez realizadas las encuestas se procede al análisis estadístico de los datos para identificar significancias entre las variables de estudio y con ello indicar las conclusiones evaluando la viabilidad de las hipótesis planteadas para finalmente mostrar los resultados obtenidos de una manera específica a las autoridades de la institución y el agradecimiento a todos los colaboradores y participantes por su aportación en el desarrollo de la investigación. Este trabajo se aplicó de marzo a junio del 2017.

Análisis de datos

Los análisis son descriptivos. Para la recopilación de datos se utilizó como técnica una encuesta y como instrumento un cuestionario, través de excel.

Resultados

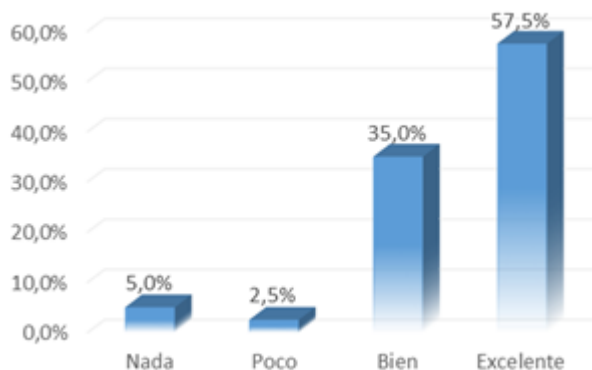
Estos datos muestran que los estudiantes le encuentran una gran utilidad al uso del manual de laboratorio, ya que el 52.5% lo valora de manera excelente, y el 42.5% lo considera bueno y el restante parece que no, aunque es el 5 %, posiblemente porque los han usado en semestres anteriores en los diferentes laboratorios tanto de biología, física como química, es una herramienta como requisito para ingresar a laboratorio.

Gráfica 1. Utilidad del manual de prácticas



Fuente: Alvarez, F. (2009) Encuesta para docentes y estudiantes del Colegio Diocesano (EDECED) Adaptado. México: Universidad De La Salle Bajío Campus Salamanca. Aplicado el día 19 de mayo del 2017

Gráfica 2. Investigación



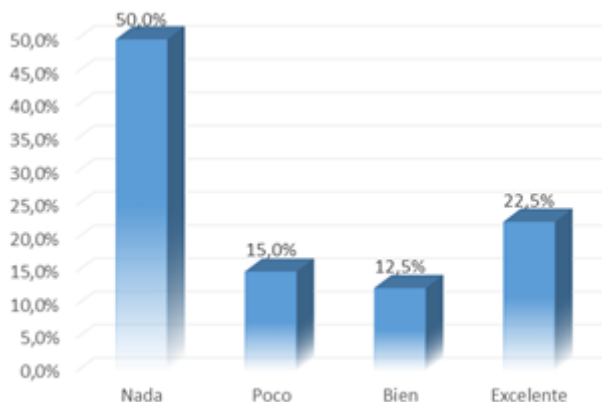
Fuente: Alvarez, F. (2009) Encuesta para docentes y estudiantes del Colegio Diocesano (EDECED) Adaptado. México: Universidad De La Salle Bajío Campus Salamanca. Aplicado el día 19 de mayo del 2017

El 57.5 % de los estudiantes encuestados refieren que las prácticas de laboratorio si inducen a la investigación, ya que lo valoraron de manera excelente, y el 35 % lo considera bueno, y el restante 7.5% parece que no y consideran que la institución debe asegurarse del conocimiento adquiridos por los estudiantes

Estos datos permiten inferir que a la mitad de los estudiantes no se le hizo difícil responder el cuestionario ya que el 50% lo valora de manera nada, y el 15% lo considera poco difícil y el restante parece si se le hizo difícil contestar ya que un 22 % así lo refirió. Posiblemente no se les hizo difícil ya que al inicio en la introducción estaba la información que deberían usar para responder el cuestionario de la práctica.

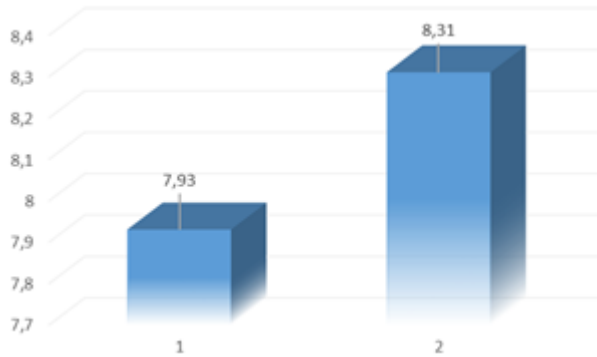
En la gráfica 4 se puede inferir que con el rediseño del Manual de Prácticas de Laboratorio de Biología mejoró el desempeño teórico práctico de los alumnos de cuarto semestre de la Preparatoria de La Salle Bajío campus Salamanca, el 411 incrementó 15 %, comparando calificaciones del primer parcial con el segundo parcial.

Gráfica 3. Cuestionario



Fuente: Alvarez, F. (2009) Encuesta para docentes y estudiantes del Colegio Diocesano (EDECED) Adaptado. México: Universidad De La Salle Bajío Campus Salamanca. Aplicado el día 19 de mayo del 2017

Gráfica 4. Comparación de promedios de 1er parcial y 2do parcial del grupo 411

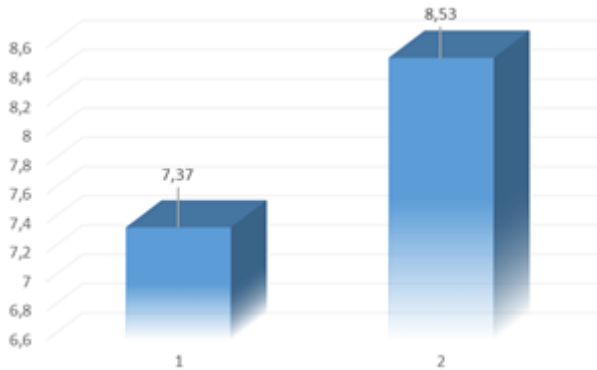


Fuente: García, B. 2017, concentrado de calificaciones del grupo 411.

En la gráfica 4 se puede inferir que con el rediseño del Manual de Prácticas de Laboratorio de Biología mejoró el desempeño teórico práctico de los alumnos de cuarto semestre de la Preparatoria de La Salle Bajío campus Salamanca, el 411 incrementó 15 %, comparando calificaciones del primer parcial con el segundo parcial.

En la gráfica 5 se puede inferir que con el rediseño del Manual de Prácticas de Laboratorio de Biología mejoró el desempeño teórico práctico de los alumnos de cuarto semestre de la Preparatoria de La Salle Bajío campus Salamanca, el 421 incrementó 5 %, comparando calificaciones del primer parcial con el segundo parcial.

Gráfica 5. Comparación de promedios de 1er parcial y 2do parcial del grupo 421



Fuente: García, B. 2017, concentrado de calificaciones del grupo 411.

Con base a los resultados que se obtuvieron en la encuesta aplicada a los alumnos, el rediseño del Manual de Prácticas de Laboratorio de Biología mejoró el desempeño teórico práctico de los alumnos de cuarto semestre de la Preparatoria De La Salle Bajío Campus Salamanca. Los datos obtenidos se observa que los alumnos consideran excelente el uso del manual de laboratorio con un 95% y un 92.5% de ellos refirió que induce a la investigación. También se observa que un 22.5% se le hizo difícil responder el cuestionario que viene al final de cada práctica, tal vez por la falta de interés lectora de parte de los alumnos

Discusión/Conclusiones

Este trabajo es un apoyo didáctico que intenta complementar el desarrollo del programa de estudio de Biología II del componente de formación básica, con las actividades aquí sugeridas, las cuales están apegadas a los programas de estudio actualizados, y son acordes al modelo educativo por competencias. Favorecen el trabajo en equipo y fortalecen la consolidación del proceso de aprendizaje-enseñanza, ya que privilegian el logro de un aprendizaje significativo orientado a la obtención de mejores resultados (Díaz-Barriga, 1988).

Las conclusiones de la presente investigación se señalan después de haber analizado e interpretado los resultados obtenidos en la misma, tomando en cuenta el objetivo, el cual consistió en Rediseñar el manual de Laboratorio, para la asignatura de Biología II, para lograr aprendizajes significativos en los alumnos, así como mejorar el desempeño teórico-práctico de los mismos, en donde se determinó lo siguiente:

Con base en los resultados que se obtuvieron en la encuesta aplicada a los alumnos, el rediseño del Manual de Prácticas de Laboratorio de Biología mejoró el desempeño teórico práctico de los alumnos de cuarto semestre de la Preparatoria de La Salle Bajío campus Salamanca, el 411 incrementó 15 % y 421 5% su calificación. Los datos obtenidos se observa que el 90% consideran excelente el desempeño académico y el 95% considera que fue con aprendizajes significativos.

En síntesis, partiendo de estas estrategias que son las prácticas de laboratorio, admiten la adecuación de los contenidos programáticos en el área de Biología, bajo un proceso sistemático y susceptible de ser orientado y evaluado convenientemente para la construcción y transferencia del conocimiento.

Las prácticas de laboratorio, tomadas como estrategia de aprendizaje, son una herramienta metodológica efectiva de tipo constructivista que permite a los estudiantes fijar e integrar adecuadamente sus conocimientos y crear aprendizajes significativos que lo lleven a enfrentarlos adecuadamente a problemáticas similares a las que encontrarán en su vida profesional.

Por otro lado el realizar las prácticas de laboratorio desarrolla en los estudiantes habilidades instrumentales y prácticas, incentiva su autonomía y deseo de investigar, e induce a una disciplina de trabajo organizado individual y grupal.

Sumado a esto, se tuvo especial cuidado en que el formato de las prácticas de laboratorio fueran entendibles, tanto en forma y fondo así como el contenido y que todas estuvieran dentro del programa de Biología II, con lo cual permitiera al alumno el logro de un aprendizaje significativo orientado a la consecución de resultados y el desarrollo de las habilidades, destrezas y actitudes definidas en el plan de estudios. Tal como lo menciona Díaz-Barriga (1988) el aprendizaje significativo conduce a la creación de estructuras de conocimiento entre las ideas previas y la nueva información de los estudiantes y esto concuerda con este trabajo ya que se relacionó mucho con los conocimientos vistos en clase relacionándolos con las prácticas de laboratorio.

La ponderación al trabajo en laboratorio, es dado por los maestros de la academia de ciencias naturales. Definitivamente, las prácticas de laboratorio, como investigación científica, crean y aportan bases para la consolidación de este aspecto en materia investigativa. Como lo describe Alvarez (2010), consideran que el conocimiento científico es bueno con la utilización del manual de prácticas de laboratorio, esto concuerda con el presente estudio en el cual los estudiantes dicen reforzar el conocimiento científico con la aplicación de las prácticas de laboratorio.

Se observan ciertas debilidades en el trabajo ya que tradicionalmente la evaluación de las prácticas de laboratorio se ha restringido a la asistencia a las mismas y a la evaluación individual del grado de conocimiento de los contenidos impartidos (protocolos, cálculos, etc.) mediante un informe por escrito. En el presente trabajo se ha intentado establecer un sistema que, además de contenidos, evalúe las competencias fijadas para la asignatura. Ello conlleva un proceso de evaluación más extenso, detallado y que consume más tiempo el cual se localiza al inicio de cada práctica de laboratorio.

Otra debilidad es que no se pudo aplicar a todos los alumnos de ambos grupos elegidos.

Posiblemente el aspecto más difícil de ajustar sea la libertad de planificación de los alumnos sobre su propio trabajo frente al tiempo limitado que deben tener las prácticas, ya que las sesiones son de 50 minutos, al menos en su vertiente de trabajo en el laboratorio. Por ello, el profesor debe mostrar a los alumnos donde encontrar la información para planificar la investigación correctamente y hacer un seguimiento cercano de la planificación que hace cada grupo, sugiriendo alternativas cuando dicha planificación represente un trabajo escaso o excesivo respecto al tiempo disponible. El profesor también debe limitar mediante el oportuno asesoramiento la realización de un número demasiado grande de experimentos de baja utilidad y hacer notar posibles errores que estén pasando desapercibidos a los alumnos.

La mayor dificultad encontrada es la falta de entrenamiento de los alumnos para trabajar cooperativamente, ya que son alumnos que se han formado casi exclusivamente mediante metodologías docentes tradicionales.

Después de haberse comprobado los resultados de esta investigación, surgen diversas recomendaciones:

a) Hacer uso del manual siguiendo las recomendaciones técnicas y didácticas que se sugieren, se trata de una opción didáctica para mejorar el aprendizaje de la Biología, misma que puede ser perfeccionada en futuras investigaciones.

b) Continuar con el uso del manual de laboratorio Biología II, puesto que se ha demostrado su utilidad en el desarrollo de destrezas motoras en el uso y manejo del material y equipos, así como la capacidad de trabajo en grupo resolviendo de situaciones conflictivas.

c) Socializar el manual de prácticas de laboratorio de Biología II con todos los estudiantes, docentes y partes involucradas en el desarrollo de las prácticas.

d) Al realizar cada práctica deben seguirse las instrucciones del manual de laboratorio, observar y registrar lo que sucede en cada experimento.

e) Capacitación permanente al personal que utiliza el laboratorio de biología de la preparatoria de la Salle bajo campus Salamanca.

Por todo lo anteriormente expuesto se pretende compartir este manual con los maestros que imparte la materia de Biología II, tanto de la preparatoria de la Salle Bajo campus Salamanca, como a los demás campus pertenecientes a la Universidad de la Salle Bajo.

Como producto final se obtuvo un manual de laboratorio de Biología II, en el cual se concentraron 20 prácticas de laboratorio que abarcan el programa de estudios de la materia de Biología II. De antemano sabemos que es imposible la realización de todas las prácticas de laboratorio presentadas en el semestre, sin embargo resulta una buena opción para elegir las adecuadas todas bajo el marco del aprendizaje significativo.

Las prácticas de laboratorio de este manual requieren que los alumnos examinen y analicen la información, comprendiéndola más que memorizándola, con lo cual se pretende promover la curiosidad y el gusto por el conocimiento y por una ciencia tan apasionante como es la Biología.

Este trabajo no es el fin último, se pretende rediseñar los manuales de Biología I, Temas Selectos de Biología I Temas Selectos de Biología II, en un futuro cercano.

Referencias

Alemán, J., y Mata, M. (2006). *Guía de elaboración de un manual de prácticas de laboratorio, taller o campo: asignaturas teórico prácticas*. Universidad Autónoma de Chapingo.

Álvarez, F. (2010). *Manual de prácticas de Laboratorio de Química para mejorar el desempeño teórico práctico de los docentes y estudiantes del bachillerato del colegio Diocesano "San Pío X" de la ciudad de Ambato*. Tesis de Magister en docencia y currículo para la educación Media Superior, Universidad Técnica de Ambato

Díaz-Barriga, F., y Hernández, G. (1988) *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México, McGraw-Hill.

Gama, M.A. (2012). *Biología 2, Competencias + Aprendizaje + Vida*. México, Editorial Pearson.

Gavida, V., y Fernández, J. (2001) *Didáctica de las ciencias sociales y experimentales*. Num 15 P 77-94 Análisis de los trabajos prácticos de biología en los libros de texto de secundaria, Valencia, España.

Guarneros, S. (2012). *Recopilación y Adecuación de Técnicas de Laboratorio para la Elaboración de un Manual de Actividades Experimentales, para la Asignatura de Biología I del Bachillerato General Federalizado*. Tesis de Licenciado en Biología, Universidad Veracruzana.

Leite, L., y Figueroa, A. (2004). *Las actividades de laboratorio y la explicación científica en los manuales escolares de ciencias*. Editorial Alambique Didáctica de las ciencias experimentales, Madrid.

Manual de laboratorio Biología 1, semestre agosto- diciembre, 2015, autor varios., Universidad de Salle Bajío, Preparatoria Salamanca.

Mastache, A. (2007). *Formar personas competentes. Desarrollo de competencias tecnológicas y psicosociales*. Novedades Educativas, Buenos Aires/México.

Programa de estudio de Biología I (2013). México, Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Educación Media Superior. Recuperado de: http://www.dgb.sep.gob.mx/informacion-academica/programas-de-estudio/3er_SEMESTRE/Biologia_I_biblio2014.pdf

CAPÍTULO 25

Relación entre la motivación autodeterminada, la práctica de actividad física y el bienestar en jóvenes universitarios

Lorena González García* y Patricia Mesa-Gresa**

**Universidad Europea de Valencia, Facultad de Ciencias de la Salud;*

***Universitat de València, Facultad de Psicología, Dpto de Psicobiología*

Introducción

Durante las últimas décadas se ha producido un creciente reconocimiento de los múltiples beneficios que la práctica de actividad físico-deportiva aporta a nuestra sociedad, encontrando apoyo en entidades como la Organización Mundial de Salud que defienden la importancia de dicha práctica para el mantenimiento y la mejora de la salud de las personas (Balaguer, 2013; Redolat y Mesa-Gresa, 2015; WHO, 2010, 2011). Aunque la práctica de la actividad físico-deportiva es importante a lo largo de todo el ciclo vital, su promoción y mantenimiento parece aún más relevante durante la etapa de la adolescencia y la adultez temprana, debido a que se trata del período en el que, o bien se adquieren los hábitos saludables del estilo de vida que se mantendrán a lo largo de los años (Balaguer, Castillo, y Pastor, 2002), o bien se trata de la etapa durante la cual algunos jóvenes experimentan estrés, abandonan su participación deportiva y adquieren hábitos sedentarios (Quested et al., 2013).

Investigaciones previas en el ámbito de las ciencias de la salud y de la actividad física y el deporte han señalado que la práctica regular de actividad físico-deportiva se relaciona con numerosos beneficios tanto físicos como psicológicos. Centrándonos en los efectos psicológicos, algunos de los beneficios destacados hacen referencia a la mejora del funcionamiento cognitivo, el aumento de la autoestima, el autoconcepto, la vitalidad, los afectos positivos y las habilidades sociales (Dorak, 2015; González, Castillo, García-Merita, y Balaguer, 2015; Janssen y LeBlanc, 2010; Joseph, Royse, Benitez, y Pekmezi, 2014; Redolat, Mesa-Gresa, y Ramos-Campos, 2012; Papaioannou et al., 2013; Saxena, Van-Ommeren, Tang, y Armstrong, 2005), además de la disminución de los síntomas de ansiedad, burnout o depresión (Balaguer y García-Merita, 1994; González, García-Merita, Castillo, y Balaguer, 2016; Janssen y LeBlanc, 2010; Paluska y Schwenk, 2000; Ströhle, 2009).

Sin embargo, a pesar de los conocidos beneficios de la práctica de actividad físico-deportiva, el trabajo de campo y la investigación demuestran que no todos los jóvenes disfrutan realizando ejercicio y deporte, y que durante la etapa de la adolescencia se produce un gran abandono de estas actividades. Desde la teoría de la autodeterminación, una macro-teoría contemporánea sobre la personalidad y la motivación humana (Deci y Ryan, 1985, 2000) se defiende que factores como la calidad de la motivación que presentan los jóvenes para realizar actividad física así como las características del ambiente donde esta se realiza, pueden determinar que las personas tengan experiencias positivas durante la práctica deportiva, promoviendo su bienestar, o experiencias negativas, aumentando su malestar (Balaguer, Castillo, y Duda, 2008; Quested et al., 2013).

Partiendo de los resultados obtenidos en estudios previos sobre la relación entre la motivación y el bienestar y el malestar de las personas en diferentes ámbitos, así como de los estudios que defienden los beneficios de la actividad física, el objetivo del presente estudio fue analizar el modo en que la calidad de la motivación que presentan los estudiantes universitarios hacia la práctica de actividad física puede relacionarse con la cantidad de actividad física que realizan, así como con la promoción de sus experiencias de bienestar y de malestar. Al mismo tiempo, también nos interesó analizar la relación entre la actividad física y el bienestar y el malestar de los estudiantes.

En base a los objetivos mencionados, planteamos las siguientes hipótesis: 1) la motivación autodeterminada predecirá positivamente la cantidad de actividad física que realizan los estudiantes universitarios; 2) la motivación autodeterminada predecirá positivamente las experiencias de afectos positivos de los estudiantes; 3) la motivación autodeterminada predecirá negativamente sus afectos negativos; 4) la cantidad de actividad física realizada por los estudiantes universitarios predecirá positivamente sus afectos positivos y, por último, 5) la cantidad de actividad física realizada por los estudiantes predecirá negativamente sus afectos negativos.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron 467 estudiantes universitarios, de los cuales 263 eran mujeres (56.3%) y 198 eran hombres (42.4%). La edad de los participantes oscilaba entre los 17 y los 48 años ($Medad=21.26$; $DT=4.21$). Los estudiantes se distribuyeron entre 14 grados y dobles grados universitarios, estudiando la mayor parte de ellos el Grado en Odontología ($n=194$) y el Grado en Fisioterapia ($n=111$). En cuanto a la nacionalidad de los participantes, los datos recogidos indicaron que los estudiantes provenían de 24 países diferentes, siendo la mayor parte de ellos de España ($n=161$).

Instrumentos

La motivación autodeterminada en el ejercicio físico se evaluó mediante la versión española (González-Cutre, Sicilia, y Fernández, 2010) del Cuestionario de Regulación de la Conducta en el Ejercicio (BREQ-3; Wilson, Rodgers, Loitz, y Scime, 2006). La escala está compuesta por 23 ítems agrupados en seis subescalas que evalúan el tipo de motivación que presentan los jóvenes hacia la práctica de ejercicio físico en su día a día. La escala comienza con el enunciado “Yo hago ejercicio físico...” y las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 5 puntos con un rango que oscila desde nada verdadero (1) hasta totalmente verdadero (5). La dimensión de regulación intrínseca presenta ítems como “Porque creo que el ejercicio es divertido”, la dimensión de regulación integrada presenta ítems como “Porque está de acuerdo con mi forma de vida”, la regulación identificada está compuesta por ítems como “Porque valoro los beneficios que tiene el ejercicio físico”, la regulación introyectada incluye ítems como “Porque me siento culpable cuando no practico”, la regulación externa contiene ítems como “Porque los demás me dicen que tengo que hacerlo” y, por último, la dimensión de no motivación se evalúa a través de ítems como “No veo por qué tengo que hacerlo”. Siguiendo trabajos previos en el ámbito de la teoría de la autodeterminación (e.g., Vallerand y Rousseau, 2001) a través de las anteriores dimensiones se calculó el Índice de Motivación Autodeterminada multiplicando cada subescala por un peso específico en función de su localización dentro del continuo de autodeterminación. Concretamente, el índice se calculó de la siguiente manera: Índice de Motivación Autodeterminada= (2 x motivación intrínseca+regulación identificada) – [(regulación introyectada + regulación externa) / 2+2 x desmotivación]. Los índices de fiabilidad mostrados por este instrumento en el presente estudio presentan valores adecuados (regulación intrínseca: $\alpha=.86$; regulación integrada: $\alpha=.92$; regulación identificada: $\alpha=.80$; regulación introyectada: $\alpha=.65$; regulación externa: $\alpha=.69$; no motivación: $\alpha=.75$). Estudios previos en el contexto de la actividad física y el ejercicio han confirmado la fiabilidad interna y la validez predictiva de este instrumento (e.g., Fernández-Ozcorta, Almagro, y Sáenz-López, 2015).

Para evaluar la actividad física realizada por los estudiantes universitarios se utilizó la versión española del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ; <https://sites.google.com/site/theipaq/>). La escala está compuesta por siete ítems que evalúan la práctica habitual de actividad física en los últimos siete días incluyendo la actividad física en el ámbito laboral, la actividad física relacionada con el transporte, las tareas del hogar y la jardinería y las actividades de tiempo libre. La escala comienza con el enunciado “Durante los últimos 7 días...” y se contesta indicando las horas y/o minutos que pasan los jóvenes implicados en las diferentes actividades. La

validez de constructo de este instrumento ha sido probada en estudios previos (e.g., Hagströmer, Oja, y Sjöström, 2005).

Los afectos positivos y negativos se evaluaron a través de la versión española (González et al., 2012; Mars, 2016) de la Escala de Afectos Positivos y Negativos de Watson, Clark, y Tellegen (1989). La escala está compuesta por 20 ítems divididos en dos subescalas que evalúan los afectos positivos y negativos que experimentan los jóvenes en su vida diaria. La escala comienza con el enunciado “En general, en las últimas semanas, me he sentido...”. En la dimensión de afectos positivos encontramos ítems como “Entusiasmado”, mientras que en la dimensión de afectos negativos encontramos ítems como “Culpable”. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 5 puntos con un rango que oscila desde nada (1) hasta extremadamente (5). La validez de constructo del instrumento ha sido probado previamente en otros estudios con muestras de adultos (e.g., Crawford y Henry, 2004). Los análisis de los resultados preliminares muestran que la escala de afectos positivos y negativos utilizada en el presente estudio presentan una fiabilidad adecuada, oscilando entre $\alpha=.773$ para la dimensión de afecto positivo y $\alpha=.811$ para la dimensión de afecto negativo.

Procedimiento

La selección de los participantes del estudio se realizó siguiendo los siguientes criterios de inclusión: 1) ser alumnos de la universidad en la que se realizaba el estudio; 2) tener conocimiento del idioma castellano a nivel bilingüe; 3) participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación. En el momento del pase de cuestionarios, los alumnos recibieron una hoja con información sobre el proyecto, un consentimiento informado que debían devolver firmado y una batería de cuestionarios para cumplimentar. La cumplimentación de los cuestionarios se realizó en las aulas, al principio o al final de las sesiones de clase, y tuvieron una duración aproximada de 20 minutos. Durante los pases siempre había como mínimo un miembro del equipo de investigación para explicar brevemente la investigación, solicitar la participación voluntaria de los alumnos, responder a las posibles dudas y cerciorarse de que los cuestionarios estaban bien cumplimentados en el momento de la entrega. El presente proyecto de investigación cumple con la normativa vigente y con la aprobación del comité ético autonómico y de la universidad correspondiente.

Análisis de datos

El análisis de datos incluyó en primer lugar el cálculo de los estadísticos descriptivos de las variables de estudio. Posteriormente se llevaron a cabo correlaciones bivariadas entre las variables del estudio con el fin de analizar el grado de relación lineal entre dos variables cuantitativas del estudio, aplicando el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente se llevaron a cabo análisis de regresión lineal con el objetivo de analizar cómo la motivación predecía la práctica de actividad física por un lado, y cómo la motivación autodeterminada y la práctica de actividad física podían predecir los afectos positivos y negativos de los jóvenes. En el primer análisis se introdujo la motivación como variable independiente y a la práctica de actividad física como variable dependiente. Posteriormente se llevaron a cabo dos análisis separados en función de los afectos. Estos se introdujeron como variables dependientes y como variables independientes se introdujo en el paso 1 la motivación autodeterminada y la práctica de actividad física en el paso 2.

Resultados

Análisis preliminares

En la Tabla 1 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables de interés. Los resultados informaron que los estudiantes mostraron una motivación autodeterminada por encima de los valores medios del cuestionario ($M=6.88$; $DT=3.79$). Además, a nivel descriptivo se observa mayor experimentación de afectos positivos ($M=3.50$; $DT=.77$) que de negativos ($M=2.60$; $DT=.81$), aunque es

conveniente resaltar que los valores de los afectos negativos están ligeramente por encima de los valores medios del cuestionario (rango de respuesta=1–5). La evaluación de la actividad física realizada por los jóvenes se ha llevado a cabo calculando los equivalentes metabólicos (MET) para expresar la intensidad de las actividades físicas realizadas por los estudiantes universitarios. Un MET se define como el costo energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente al consumo de 1 kcal/kg/h. Siguiendo las indicaciones del cuestionario, los resultados del presente estudio indican que la mediana de METs a la semana es 2349 (mínimo=33 y máximo=10920). Asimismo, los análisis mostraron que un 40.9% de los participantes informaron llevar a cabo una práctica de actividad física alta, mientras que el 36.6% informaron tener una práctica moderada y un 14% una práctica de actividad física baja.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables utilizadas en el estudio

Variable	M	DT
Motivación autodeterminada	6.88	3.79
Afectos positivos	3.50	.059
Afectos negativos	2.60	.68

Los análisis de correlaciones parciales mostraron que la motivación autodeterminada para realizar ejercicio físico se relacionaba positiva y significativamente con la práctica de actividad física de los jóvenes estudiantes. Del mismo modo, la motivación autodeterminada se relacionó positiva y significativamente con los afectos positivos de los jóvenes y negativamente con sus afectos negativos. Por último, la práctica de actividad física realizada por los alumnos se relacionó positiva y significativamente con sus afectos positivos, y no mostró tener una relación significativa con los afectos negativos (véase Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre la motivación, la práctica de actividad física y los afectos en los jóvenes

Variable	1.	2.	3.	4.
1.Motivación autodeterminada				
2.Actividad física	.40**			
3.Afecto positivo	.16**	.21**		
4.Afecto negativo	-.23**	-.10	-.14**	

** $p < 0.01$.

Los análisis de regresiones lineares mostraron que la motivación autodeterminada predecía significativamente la cantidad de actividad física realizada por los estudiantes ($\beta = .404$; $p = .000$). En cuanto a la predicción de los afectos, los resultados del estudio indicaron que tanto la motivación autodeterminada como la práctica de actividad física predecían positivamente los afectos positivos en los estudiantes, mientras que los afectos negativos se predecían de manera negativa y significativa únicamente por la motivación autodeterminada (véase Tabla 3).

Tabla 3. Predicción de los afectos positivos y negativos por la motivación autodeterminada y la práctica de actividad física

Predictor	Afecto positivo		Afecto negativo	
	β	ES	β	ES
1.Motivación autodeterminada	.11	.01*	-.21	.01***
2.Actividad física	.14	.00**	-.03	.00

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

Discusión/Conclusiones

Sobre la base de la teoría de la autodeterminación, en el presente estudio se analiza el modo en que la calidad de la motivación autodeterminada que presentan los jóvenes para practicar actividad física predice la cantidad de actividad física que realizan y repercute sobre el desarrollo de su bienestar y

malestar, al mismo tiempo que analizamos el posible efecto que la práctica de actividad física tiene sobre el bienestar y el malestar de los jóvenes. Estos objetivos contribuyen a profundizar en los factores que promueven la adquisición de hábitos saludables en el estilo de vida de los jóvenes, así como la promoción de su bienestar psicológico.

En línea con los postulados teóricos, los resultados obtenidos muestran un apoyo general a las hipótesis planteadas, observándose la importancia que tiene que los jóvenes tengan una motivación de calidad hacia la práctica de actividad física y realicen ejercicio porque ellos realmente quieran hacerlo, ya que esto repercutirá sobre la cantidad de actividad física que realicen y, al mismo tiempo, aumentará sus afectos positivos y disminuirá sus afectos negativos. Asimismo, los resultados del estudio destacan cómo la práctica de actividad física aumenta los afectos positivos, aunque no se encuentra ninguna relación con los afectos negativos.

En línea con la primera hipótesis del estudio, los resultados confirman que la motivación autodeterminada que presentan los jóvenes para practicar actividad física predice la cantidad de actividad física que realizan. Estos resultados van en la línea con los encontrados en estudios previos en los que se defiende que la motivación autodeterminada predice significativamente y positivamente la intención de seguir siendo físicamente activo (e.g., Fernández-Ozcorta et al., 2015). En apoyo a la teoría de la autodeterminación, tanto los resultados del presente estudio como los de estudios previos resaltan la importancia que tiene que los jóvenes se impliquen en las actividades que realicen porque realmente ellos quieran hacerlo, porque les guste esa actividad o porque crean que es beneficiosa. Al tener este tipo de motivación se promueve que las personas se impliquen y practiquen la actividad en mayor medida. En este sentido, los resultados obtenidos van en la línea de hipótesis previas en las que se destaca que para la promoción de un estilo de vida físicamente activo será imprescindible que desarrollemos una motivación de calidad entre los jóvenes.

La segunda hipótesis de este estudio defendía que la motivación autodeterminada podía predecir las experiencias de afectos positivos de los estudiantes. Los resultados encontrados confirmaron dicha hipótesis demostrando que cuanto mejor era la calidad de la motivación de los estudiantes más afectos positivos experimentaban. Estos resultados van en la línea de los mostrados por anteriores trabajos en el ámbito de la actividad físico-deportiva que indican como aquellos tipos más autónomos de motivación predican positivamente diferentes indicadores de bienestar como la autoestima, la diversión, la satisfacción con la vida y la vitalidad (Álvarez, Balaguer, Castillo, y Duda, 2009; Balaguer et al., 2008; Pelletier, Rocchi, Vallerand, Deci, y Ryan, 2013). Estos resultados encontrados de forma sistemática a través de diferentes investigaciones nos muestran la importancia que tiene la motivación para el desarrollo del bienestar óptimo de los jóvenes, e indican que solo cuando los jóvenes realizan una actividad porque realmente les agrada y les interesa es cuando disfrutan de todos sus beneficios.

En relación a la tercera hipótesis, los resultados demuestran que la motivación autodeterminada tiene un efecto negativo sobre las experiencias de malestar de los estudiantes. En concreto, a través de los datos obtenidos en este trabajo se observa que cuando los universitarios se implican en la práctica de actividad física por motivos autodeterminados, esto disminuye sus afectos negativos en la vida diaria. Estos resultados son acordes a los presentados por otros autores en los que se resalta que cuando los jóvenes practican deporte o ejercicio por motivos autodeterminados esto disminuye sus experiencias de malestar evaluadas a través de indicadores como el aburrimiento (e.g., Álvarez et al., 2009). Por lo tanto, estos resultados nos ayudan a concluir que si queremos promover el desarrollo óptimo de los estudiantes disminuyendo al máximo sus experiencias de malestar es importante que los jóvenes no practiquen actividad o ejercicio físico empujados por otras personas, para conseguir alguna recompensa externa o para evitar sentirse culpables, sino que por el contrario, el objetivo debería ser que los jóvenes valoren los beneficios que un estilo de vida activo les puede aportar y que disfruten de la actividad en sí.

Si nos centramos en la relación entre la cantidad de actividad física y la experiencia de afectos positivos y negativos, en apoyo a la cuarta hipótesis del estudio, los resultados muestran que la cantidad

de actividad física realizada por los jóvenes predice positiva y significativamente sus afectos positivos. Estos resultados van en la línea de estudios previos centrados en diferentes ámbitos que han destacado que la práctica de actividad física predice positivamente los afectos positivos (Joseph et al., 2014), así como otros indicadores de bienestar como la autoestima (Dorak, 2015), aportando mayor evidencia científica a las políticas que promueven el compromiso con hábitos de vida saludables y activos para fomentar no únicamente el bienestar físico de las personas, sino también el desarrollo de su bienestar psicológico.

Por último, los resultados del presente estudio no encontraron apoyo a la quinta hipótesis en la que se establecía que la práctica de actividad física podía predecir negativamente la experiencia de afectos negativos de los jóvenes. En nuestro estudio no se observó que los jóvenes universitarios experimentaran menos afectos negativos como consecuencia de su práctica de actividad física a la semana. Sin embargo, en otros estudios previos se ha destacado que la práctica de actividad física sí que se relaciona, no únicamente con el aumento del bienestar de los jóvenes, sino también con la disminución de su malestar. Entre los diferentes estudios revisados, algunos estudios defienden que la práctica de actividad física predice negativamente síntomas de ansiedad, burnout o depresión (Balaguer y García-Merita, 1994; González et al., 2016; Janssen y LeBlanc, 2010; Paluska y Schwenk, 2000; Ströhle, 2009). La falta de consistencia entre los resultados encontrados en la literatura científica y el presente estudio resalta la importancia que tiene que sigamos profundizando en las dinámicas de interacción entre la práctica de ejercicio físico y el malestar de las personas para poder comprender mejor la relación existente entre estas variables y facilitar, en la medida de lo posible, la disminución de las experiencias negativas en los jóvenes.

A la hora de generalizar estos resultados es importante tener en cuenta que la información evaluada en el presente estudio ha sido obtenida íntegramente a través de cuestionarios autoadministrados a los jóvenes incluyendo medidas subjetivas de las diferentes variables de interés. Considerando las limitaciones que las mediciones subjetivas presentan, consideramos que sería muy interesante que futuros estudios pudieran testar las hipótesis evaluadas incluyendo medidas objetivas de la cantidad de actividad física realizada por los jóvenes, así como de sus experiencias de bienestar y malestar.

Considerando las implicaciones prácticas del presente estudio podemos resaltar que los resultados obtenidos a través de este trabajo nos ayudan a enfatizar la importancia de implicar a los jóvenes para que lleven un estilo de vida activo realizando ejercicio de manera regular. Concretamente, observamos que lo importante no es únicamente que se impliquen en estas actividades físicas, sino que lo hagan porque realmente les guste y disfruten con ellas. En los casos en que esta sea la motivación principal, se potenciarán los beneficios que obtengan de estas actividades, promoviéndose las experiencias de bienestar y disminuyéndose las experiencias de malestar.

Agradecimientos

La realización del presente estudio ha sido posible gracias a la financiación obtenida de la Universidad Europea de Madrid (Ref. 2016UEM03).

Referencias

- Álvarez, M.S., Balaguer, I., Castillo, I., y Duda, J.L. (2009). Coach autonomy support and quality of sport engagement in Young soccer players. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 138-148.
- Balaguer, I. (2013). La investigación sobre el clima motivacional ha abierto el camino para la promoción del bienestar a través de la participación deportiva. *Archivos de Medicina del Deporte*, 158, 338-340.
- Balaguer, I., Castillo, I., y Duda, J.L. (2008). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición: un análisis de la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*, 17, 123-139.
- Balaguer, I., Castillo, I., y Pastor, Y. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp.5-26). Valencia: Promolibro.

- Balaguer, I., y García-Merita, M.L. (1994). Exercici físic i benestar psicològic. *Anuari de Psicologia*, 1, 3-26.
- Crawford, J.R., y Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Deci, E.L., y Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., y Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Dorak, F. (2015). The effect of a 12-week physical exercise program in adults on satisfaction with life, self-esteem, healthy lifestyle behaviors and perceived social support. *Anthropologist*, 19(2), 469-477.
- Fernández-Ozcorta, E.J., Almagro, B.J., y Sáenz-López, P. (2015). Predicción de la intención de seguir siendo físicamente activos en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(1), 275-284.
- González, L., Castillo, I., García-Merita, M., y Balaguer, I. (2015). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades psicológicas y bienestar: Invarianza de un modelo estructural en futbolistas y bailarines. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(1), 121-129.
- González, L., García-Merita, M., Castillo, I., y Balaguer, I. (2016). Coach behaviors and its implications on athletes' well- and ill-being: testing the invariance over time of basic psychological needs theory. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 30(4), 1147-1154. (JCR 2015 1.978; Q2). ISSN: 1064-8011
- González, L., Jauni, T., Mars, L., Galilea, B., Castillo, I., y Balaguer, I. (2012, marzo). *Estilos de interacción del entrenador, motivación autodeterminada y afectos en futbolistas infantiles*. Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional y I Foro Mediterráneo de Psicología de la Actividad Física y el Deporte, España.
- Hagströmer, M., Oja, P., y Sjörström, M. (2005). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*, 9(6), 755-762. doi: 10.1079/PHN2005898
- Janssen, I., y LeBlanc, A.G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), 1-16.
- Joseph, R.P., Royse, K.E., Benitez, T.J., y Pekmezi, D.W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of Life Research*, 23, 661-669. doi: 10.1007/s11136-013-0492-8
- Mars, L. (2016). *Asociaciones entre el estilo controlador del entrenador y el malestar de los jugadores de fútbol base*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social. Universitat de València. UVEG.
- Paluska, S.A., y Schwenk, T.L. (2000). Physical activity and mental health. *Current concepts. Sports Medicine*, 29(3), 167-180.
- Papaioannou, A.G., Appleton, P.R., Torregrosa, M., Jowett, G.E., Bosselut, G., González, L.,... Zourbanos, N. (2013). Moderate-to-vigorous physical activity and personal well-being in European youth soccer players: Invariance of physical activity, global self-esteem and vitality across five countries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 351-364. doi:10.1080/1612197X.2013.830429.
- Pelletier, L.G., Rocchi, M.A., Vallerand, R.J., Deci, E.L., y Ryan, R.M. (2013). Validation of the revised sport motivation scale (SMS-II). *Psychology of Sport and Exercise*, 14, 329-341.
- Quested, E., Ntoumanis, N., Viladrich, C., Haug, E., Ommundsen, Y., Van-Hoye, A.,... Duda, J.L. (2013). Intentions to drop-out of youth soccer: A test of the basic needs theory among European youth from five countries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 395-407.
- Redolat, R., Mesa-Gresa, P., y Ramos-Campos, M. (2012). *¿Qué factores del estilo de vida activo explican mejor sus posibles beneficios sobre el envejecimiento cognitivo? Propuestas de intervención*, Libro: Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional: Claves para un envejecimiento activo. UNED. Pp. 1-14.
- Redolat, R., y Mesa-Gresa, P. (2015). Brain Health as a Key Concept in the Development of Strategies for Delaying Age-Related Cognitive Decline and Alzheimer's Disease. *Journal of Parkinson's Disease & Alzheimer's Disease*, 2(2), 1-4.
- Saxena, S., Van-Ommere, M., Tang, K.C., y Armstrong, T.P. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445-451. doi: 10.1080/096382305002707
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116, 777-784. doi: 10.1007/s00702-008-0092-x
- Vallerand, R.J., y Rousseau, F.L. (2001). Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport and Exercise: a Review Using the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. En R.N. Singer, H.A. Hausenblas, y C.M. Janelle (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (2ª ed., pp. 389-416). Nueva York: John Wiley & Sons.

Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva. Extraído del sitio web: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

World Health Organization (2011). *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action*. World Health Organization Regional Office for Europe.

CAPÍTULO 26

Parentalidad positiva y desarrollo escolar de los hijos

María Ángeles Cano Muñoz
Universidad Católica de Murcia

Introducción

La familia desempeña un papel primordial en la socialización de las personas que nacen en su seno, aunque existen otros contextos que median en este proceso de modo complementario al cotidiano familiar, entre los que destaca el entorno escolar. La escuela ocupa un lugar privilegiado durante un periodo de tiempo largo y fundamental en la vida de los niños y adolescentes, de manera que, con la excepción de la familia, ninguna otra institución social ejerce su función de modo tan relevante en la formación de la persona (Oliva y Palacios, 1998).

El hecho de que familia y escuela constituyan los principales contextos de socialización, les lleva a compartir responsabilidades en la educación de los menores, lo que pone de relieve la importancia de promover la relación entre ambos para ayudar a la continuidad de la labor de la familia en el ámbito escolar y viceversa. Este es un tópico recurrente en la investigación educativa, que viene dando muestras de los efectos que reporta una relación colaborativa entre familia y escuela, en beneficio de la calidad en el desarrollo personal y la convivencia de los integrantes de uno y otro contexto, en especial de los niños y adolescentes (Henderson, Mapp, Johnson, y Davies, 2007; Martínez, 2010; Phtiaka y Symeonidou, 2007; Redding, 2005).

Los centros educativos deben constituir un espacio privilegiado para apoyar a las familias en sus funciones para la formación de los hijos. Para este fin, resulta interesante mencionar la Recomendación Rec (2006) 19 formulada por el Consejo de Europa sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva. Esta Recomendación toma como eje inspirador el concepto de parentalidad positiva, entendido como: “el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”.

El Consejo de Europa refleja en el texto la necesidad de promocionar y coordinar acciones y recursos desde las políticas públicas, donde se incluyen los servicios educativos, con el fin de contribuir al ejercicio positivo de la parentalidad, que implica, como se ha apuntado, que los padres y madres adquieran una mayor conciencia de su responsabilidad para procurar el bienestar de los niños y su desarrollo personal. Para alcanzar este propósito, la Recomendación marca diferentes líneas de actuación, entre las que destacamos los programas formativos destinados a los padres y madres para apoyarles en la educación de sus hijos y los programas de cooperación entre los centros educativos y las familias.

Ambas medidas se consideran mutuamente complementarias y requieren de un mayor incentivo por parte de las autoridades educativas, reclamo que parte sobre todo de las demandas informativas, participativas y formativas que realizan los propios padres, de modo que esta necesidad es vívida y real, no meramente conceptual, siendo de hecho los programas de formación dirigidos a padres y madres una de las necesidades de cooperación más prioritaria manifestada por las familias y el profesorado (Martínez y Pérez, 2004).

Entre otras medidas que se pueden poner en marcha para que las familias adquieran competencias parentales positivas que favorezcan al trancurso escolar de los hijos, resaltamos los seis ámbitos generales formulados por Epstein (2001):

- a. El centro escolar como fuente de ayuda a las familias, para que estas puedan cumplir sus responsabilidades básicas.
- b. La familia como fuente de ayuda al centro, con el fin de que este último consiga una intervención educativa más eficaz.
- c. Colaboración de los padres en el centro, para desarrollar actividades complementarias y de apoyo.
- d. Implicación de los padres en el desarrollo de las actividades de aprendizaje con sus hijos en casa.
- e. Participación de los padres en los diferentes órganos de gestión y decisión del centro.
- f. Conexión y coordinación del centro y las familias con otras entidades comunitarias.

El centro escolar es un contexto de especial relevancia para dar cabida e impulsar estas acciones porque, implícitamente, favorece continuamente las ocasiones para ayudar a las personas como responsabilidades parentales a que reflexionen como educadores. La formación para el desarrollo de los padres y madres es, pues, una consecuencia natural de una buena práctica educativa basada en unas buenas y eficaces relaciones en todos los niveles del ecosistema (Milani y Orlando-Cian, 2004). De este modo y siguiendo a Tolino y Hernández (2012), aunque la formación parental no es competencia exclusiva de los centros escolares y existen diversas entidades o colectivos que la fomentan, constituye una vía de participación familiar que hay que potenciar, entre otras razones por las siguientes (Martínez, 1999):

- a. Permite que los padres se acerquen al centro escolar, lo conozcan, interactúen con el profesorado y, en ocasiones, con sus propios hijos en un marco que no es el habitual; esta oportunidad permite a los hijos reconceptualizar el centro como un espacio al que sus padres también asisten, en el que están cerca, y en el que también tienen algo que aprender, lo que les ayuda a sentirse mejor en él.
- b. El profesorado, en su interacción con los padres puede llegar a conocerlos mejor, a compartir más información y comprender con mayor alcance las diversas circunstancias familiares de los alumnos para buscar líneas de actuación conjunta.
- c. Permiten a los centros diversificar sus acciones y ofertas educativas hacia colectivos adultos ligados a los alumnos, lo que, a su vez, les permite avanzar hacia las respuestas que la sociedad exige a los centros educativos.

Según Navarro, González, y Álvarez (2010), estas prácticas resultan beneficiosas, entre otros motivos, porque favorecen una relación de mayor proximidad entre la escuela y las familias, un ambiente de confianza y respeto entre docentes y padres y madres, un mayor compromiso de las familias en las actividades y proyectos escolares, así como la integración y conformación de los alumnos, facilitando la consecución de mejores resultados en el ámbito académico y en su proyección social. A similares conclusiones llegan otros estudios, como los que recoge Redding (2005), que muestran que las actividades de las que venimos hablando propician un mayor interés de los alumnos para aprender, una asistencia más regular al centro y un enriquecimiento en la comunicación de los padres y madres con los profesores y en la actitud de aquellos hacia la escuela, apreciándose además mejoras en las habilidades lectoras, el rendimiento escolar y el comportamiento del alumnado.

Para llevar esto a la práctica, de acuerdo con Domínguez y Fernández (2007), es necesaria una nueva forma de enfocar la educación en la familia para que tome conciencia de la necesidad de su participación en ámbitos sociales más amplios, lo que exige una formación de los padres y madres que ha de ir enfocada hacia intervenciones globales, en las que se impliquen las instituciones sociales, escolares y familiares desde una perspectiva interactiva, ecológica y comunitaria. Estas actuaciones requieren estimular y desarrollar una política educativa que permita formar al profesorado y a los profesionales de la educación para relacionarse con las familias.

Tanto padres y madres como el profesorado necesitan, por tanto, prepararse para su relación, ya que sus carencias formativas en este sentido son manifiestas (Berzosa, Cagigal, y Fernández-Santos, 2009). Los primeros en el ejercicio positivo de su parentalidad, que implica además de repensar colectivamente como ser mejores padres y madres, aprender a tomar partido activo en la escuela y en la comunidad en la

que los hijos se desarrollan. Y el profesorado y los profesionales de la educación en su formación inicial y continua, con el fin de responder adecuadamente a las exigencias requeridas para la colaboración y la participación mutua en los centros escolares. Esto redundará, a su vez, en una mejor y más completa actuación con los hijos/alumnos (López, Ridaó, y Sánchez, 2004; Ordóñez, 2008; Pastor y Salas, 2006).

Objetivo

El objetivo principal del estudio que se presenta en esta comunicación es valorar la utilidad de la formación parental para contribuir en el progreso escolar de los hijos, cuyas características y resultados se presentan en los apartados siguientes.

Método

Participantes

La muestra del estudio está formada por 330 personas—248 madres (75,15%) y 82 padres (24,85%), participantes en actividades de formación desarrolladas para promover el ejercicio de las personas con responsabilidad parentales, la mayoría bajo la clásica denominación de Escuela de Padres y Madres. Para eso se estableció contacto, principalmente, con colegios de Educación Infantil y Primaria en los que se efectuaban estas actividades, así como con Ayuntamientos y otras organizaciones de la Comunidad de Madrid. De este modo, el estudio se ha realizado con la participación de 36 centros distintos de carácter público, concertado y privado, prestando atención a la distribución proporcional de padres y madres entre la distinta tipología de centros.

Tabla 1. Distribución de la muestra del estudio

	N	Entidad de los centros			Total
		Público	Concertado	Privado	
Centros	N	23	5	8	36
Padres y madres	N	108	120	102	330

La selección de estos participantes se hizo mediante un muestreo no probabilístico. En concreto, y según las denominaciones de varios autores, se trata de un muestreo intencionado o de juicios (McMillan y Schumacher, 2005), un muestreo subjetivo por decisión razonada (Corbetta, 2003) o una muestra cualitativa dirigida por teoría o por criterios (Hernández, Fernández, y Baptista, 2007). El criterio fue elegir aquellos colectivos que llevaran a cabo procesos sistemáticos de formación parental durante un periodo relativamente extenso de tiempo, apoyados en metodologías activas, participativas y coordinadas por profesionales específicos en el desarrollo de estas actividades, como aspectos considerados básicos, entre otros, para asegurar los propósitos que sustentan las prácticas destinadas al desarrollo de las competencias y habilidades para ejercer positivamente el rol parental. Se excluyen por tanto aquellas charlas aisladas o sesiones informativas promovidas por asociaciones, como las de padres y madres de los centros educativos, y otros organismos que, siendo igualmente de utilidad, no tienden a responder a los criterios mencionados anteriormente.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario *ad hoc*, validado a través de juicio de expertos. A través de este instrumento, se solicitaba a los encuestados que indicasen los cambios que habían apreciado en el desarrollo escolar de sus hijos desde que participaban en la actividad destinada a su formación personal como padres y madres.

Procedimiento

Para la realización del estudio, se solicitó la participación voluntaria en la experiencia, inicialmente a los centros de contacto y después a los padres y madres de la muestra. La naturaleza esencialmente

evaluativa del cuestionario, exigió su aplicación en los momentos próximos al término de las actividades de formación para padres y madres que se llevaban a cabo en estos centros. Se procuró de manera especial que las familias contestasen en las sesiones de los programas, para facilitar la explicación, entrega y recogida de los cuestionarios.

Análisis de datos

El diseño de la investigación consiste fundamentalmente en un estudio descriptivo no experimental, empleando análisis tanto cualitativos como cuantitativos, pues junto con el instrumento descrito formado por preguntas abiertas y cerradas (de tipo Likert), se pudo realizar una observación participante en los centros que participaron en el estudio.

Resultados

De la investigación realizada, 12 fueron las variables analizadas en relación a los cambios apreciados por los encuestados en el desarrollo escolar de los hijos, a partir de su propio desarrollo como padres y madres.

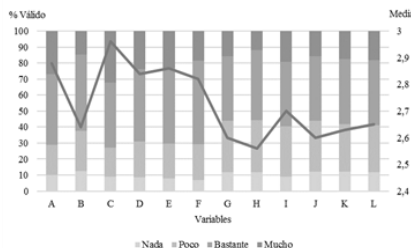
En la Tabla 2, se recogen los porcentajes de respuesta obtenidos, que se presentan de acuerdo a la escala: “nada”, “poco”, “bastante” y “mucho”, codificada en el tratamiento de los datos con valores de 1 a 4, que se toman como referencia para el análisis de las puntuaciones medias resultantes.

Tabla 2. Porcentajes y media de respuesta de los padres y madres encuestados

		Porcentajes				Media
		Nada	Poco	Bastante	Mucho	
A.	Valoro más la importancia de los estudios en la vida de mi/s hijo/s	10,0	18,8	44,2	27,0	2,88
B.	Comprendo mejor el plan de estudios de mi/s hijo/s	12,5	25,3	47,6	14,6	2,64
C.	Estoy más atento a su rendimiento escolar	9,1	18,2	40,4	32,2	2,96
D.	Conozco mejor lo que mi/s hijo/s hacen en la escuela	8,5	22,6	45,1	23,8	2,84
E.	Ayudo a mi/s hijo/s de forma más eficaz en sus tareas	7,9	21,6	47,4	23,1	2,86
F.	Puedo orientar mejor su progreso escolar y profesional	7,0	22,1	52,4	18,5	2,82
G.	Noto que ha mejorado su rendimiento escolar	11,6	32,5	40,1	15,8	2,60
H.	Mi/s hijo/s organizan mejor sus tiempos de estudio	11,9	32,4	43,7	11,9	2,56
I.	Recibo comentarios más positivos de sus maestros o profesores	8,8	31,7	40,2	19,2	2,70
J.	Considero que la relación de mi/s hijo/s con los compañeros de clase ha mejorado	12,0	31,8	40,4	15,7	2,60
K.	Creo que la relación de mi/s hijo/s con sus maestros o profesores ha mejorado	12,2	29,7	40,7	17,4	2,63
L.	Siento que mi/s hijo/s tienen más interés en su aprendizaje	11,7	29,4	40,8	18,1	2,65

Como se puede apreciar en la tabla anterior, se han numerado las variables de manera correlativa, no con el fin de establecer un orden, sino de facilitar la presentación sintética de los datos que se muestran en la gráfica siguiente:

Gráfica 1. Porcentajes y media de respuesta de los padres y madres encuestados



Según las respuestas recogidas, destacamos cinco variables o aspectos –cuyos porcentajes de respuesta más destacados, en comparación con el resto, se sitúan en las categorías “bastante” y “mucho”– como cambios más significativos que los padres y madres perciben en el desarrollo escolar de sus hijos, con motivo de su participación en las actividades dirigidas a la mejora de su rol parental:

- Estoy más atento a su rendimiento escolar.
- Valoro más la importancia de los estudios en la vida de mi/s hijo/s.
- Ayudo a mi/s hijo/s de forma más eficaz en sus tareas.
- Conozco mejor lo que mi/s hijo/s hacen en la escuela.
- Orientar mejor su progreso escolar y profesional.

Discusión/Conclusiones

Atendiendo a los resultados presentados, es importante resaltar que los padres y madres asignan las valoraciones más altas a las variables que hacen referencia a cambios en sus propias actitudes y comportamientos personales. Sin embargo, las variables con medias inferiores tienen que ver, principalmente, con la apreciación de cambios positivos en los hijos, como la organización de los tiempos de estudio, en su rendimiento escolar o en la mejora de la relación con los compañeros y con los maestros o profesores. Por lo tanto, los padres y madres aprecian más cambios en su propia persona que en los hijos, los cuales se orientan a mejorar la comprensión, el reconocimiento y el apoyo que prestan para el progreso escolar de los menores.

Puede inferirse entonces, según las opiniones de los encuestados, que la participación en actividades dirigidas a la formación parental contribuye a la implicación de las familias en el proceso escolar de los hijos, completando y reforzando en casa la labor realizada en el centro educativo, como muestran diversas investigaciones mencionadas en este trabajo (Henderson, Mapp, Johnson, y Davies, 2007; Martínez, 2010; Navarro, González, y Álvarez, 2010; Redding, 2005, entre otros). No obstante, el hecho de que los padres y madres hayan destacado cambios menos significativos en relación con los hijos, no menoscaba la influencia de las actividades formativas analizadas en este sentido. Asimismo sería interesante, como futura línea de investigación, tener en cuenta las opiniones de los hijos y de sus maestros y profesores, valorando la influencia de las prácticas dirigidas al desarrollo de las competencias parentales por parte de los principales protagonistas del ecosistema familiar y escolar.

Se defiende de este modo que la formación de los padres y madres para el desempeño de sus responsabilidades en la educación de los hijos, constituye una necesidad básica para contribuir al logro del propósito que comparten los dos entornos más importantes en el desarrollo de los menores, la familia y la escuela, que no es otro que la formación integral de los hijos/alumnos (Cano, 2015). Para tal fin es necesario promover una cultura colaborativa entre ambos contextos, a la búsqueda de una verdadera corresponsabilidad en el proceso educativo de los niños y adolescentes. Esto reclama, por un lado, un impulso de las acciones destinadas a la orientación educativa para el ejercicio de una parentalidad positiva y, por otro, una mejora continua en la formación de los profesionales especializados en las prácticas de intervención educativa familiar.

Referencias

- Berzosa, M.P., Cagigal, V., y Fernández-Santos, I. (2009). El reto de la orientación familiar en los centros educativos. Una realidad que necesita mejorar. *Apuntes de Psicología*, 27(2/3), 441-456.
- Cano, M.A. (2015). *Sentido y fundamento de las Escuelas de Padres y Madres: orientaciones para una responsabilidad compartida* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Consejo de Europa (2006). *Recommendation Rec (2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting. Explanatory Report*. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Domínguez, E., y Fernández, L. (2007). Familia y Escuela. En C. Benso y C. Pereira (Coords.), *Familia y escuela. El reto de educar en el Siglo XXI* (pp. 109-144). Ourense: Concello de Ourense-Concellería de Educación.

- Epstein, J.L. (2001). *School, Family and Community partnership. Preparing educators and improving schools*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Henderson, A., Mapp, K.L., Johnson, V., y Davies, D. (2007). *Beyond the bake sale. The essential guide to family-school partnership*. Nueva York: The New Press.
- Hernández, C.R., Fernández, C., y Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- López, P., Ridao, P., y Sánchez, J. (2004). Las familias y las escuelas: una reflexión acerca de entornos educativos compartidos. *Revista de Educación*, 334, 143-163.
- Martínez, R.A. (1999). Orientación educativa para la vida familiar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 10(17), 115-127.
- Martínez, R.A. (2010). *Parentalidad positiva en Asturias*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- Martínez, R.A., y Pérez, M.H. (2004). Evaluación e intervención educativa en el campo familiar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 15(1) 89-104.
- McMillan, J.H., y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Madrid: Pearson Educación.
- Milani, P., y Orlando-Cian, D. (2004). L'ecole comme lieu de formation des parents. En E. Palacio-Quintín, J.M. Bouchard, y B. Terrisse (Dir.), *Questions d'éducation familiale* (pp. 331-347). Québec: Logiques.
- Navarro, I.J., González, C., y Álvarez, J.D. (2010). La escuela permanente de madres y padres: una estrategia contra el fracaso escolar. En *I Congreso Internacional de Atención a la Diversidad, XIII Encuentros de Atención a la Diversidad "Nuevos paradigmas para un tiempo nuevo"*. Recuperado de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14940/1/La%20Escuela%20Permanente%20de%20Madres%20y%20Padres.%20Una%20estrategia%20contra%20el%20fracaso%20escolar.pdf>
- Oliva, A., y Palacios, J. (1998). Familia y escuela: padres y profesores. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 333-350). Madrid: Alianza.
- Ordóñez, R. (2008). Evaluación de los intereses participativos y necesidades formativas de profesores y padres en los centros escolares de Educación Primaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 19(2), 149-162.
- Pastor, P., y Salas, A. (2006). Familia y escuela: una experiencia conjunta de formación y reflexión. En M.I. Álvarez, y A. Berástegui (Coords.), *Educación y familia: la educación familiar en un mundo en cambio* (pp. 334-346). Madrid: Servicio de publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Phtiaka, H., y Symeonidou, S. (2007). *Schools and families in partnership: Looking into the future. Proceeding of the 6th International Conference of the European Research Network About Parents in Education*. Nicosia: University of Cyprus.
- Redding, S. (2005). Improving student learning outcomes through school initiatives to engage parents. En R.A. Martínez, H., Perez, y B. Rodriguez (Eds.), *Family-School-Community partnerships merging into social development* (pp. 477-501). Oviedo: Grupo SM.
- Tolino, A.C., y Hernández, M.A. (2012). Familia y escuela. Formación de padres. En J.A. Ibáñez (Coord.), *Actas del VII Congreso Internacional de Filosofía de la Educación*. Madrid: Biblioteca Online.

CAPÍTULO 27

Comunicación de los padres de familia con hijas que experimentan la menarca

Irene Guadalupe Medina Lara y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad de la Salle Bajío Campus Salamanca

Introducción

La pubertad es una etapa en la cual la vida de la niña se ubica en un proceso de cambios de desarrollo físico y psicológico. Con la presencia de la menarca toma mayor ímpetu el significado de que se tenga la necesidad de las púberes para adaptarse a un nuevo estilo y ritmo de vida donde su cuerpo no se ubica en la homeostasis sino en el proceso denominado reostasis, en donde ellas se adaptan a un nuevo desempeño fisiológico donde hay transformaciones tanto de su físico como de la conducta que permanecerá por el resto de sus vidas, en la mayoría de las púberes no se esperan la llegada de este proceso. Por lo tanto, hay cambios en la forma de sociabilizar, en la familia donde se promueven los valores y las actitudes que toman frente a la vida (Castillo, 2013).

Hace poco tiempo que se ha tomado en cuenta la etapa de la pubertad y la adolescencia cuando antes no se consideraba que la niña tenía una transición de niñez, pubertad, adolescencia para llegar a la adultez. En la actualidad la etapa de la pubertad es una parte muy importante del desarrollo de las niñas. En la etapa de la pubertad existe un desarrollo del ser humano que es llevado a cabo entre la etapa de la infancia y la adultez en el cual se desarrolla la función reproductora, hay cambios físicos y psicosociales (Marcos, 2015).

Las familias son el apoyo básico de los seres humanos, en este caso de las niñas que están pasando por la menarca es importante que alguien cercano a ellas por lo general es con las madres o en la escuela les explique lo que ocurre en este proceso de su vida al tender a la confusión de sus cambios y no saber porque, muchas veces les da pena hablar de temas relacionados con la sexualidad y los tienen como un tabú. En Salamanca Guanajuato no es un tema del que se hable con frecuencia y socialmente les afecta a las niñas porque no saben qué hacer. Cuando las niñas tienen su primera menstruación (la menarca) es cuando comienzan los cambios en el cuerpo de la mujer tienen cambios frecuentemente y preguntas respecto a que deben hacer ahora. La menstruación conlleva que se tengan preguntas sobre todo para las madres quienes les dicen a sus hijas de la importancia de limpiarse, usar la ropa adecuada y llevar cosas como las toallas sanitarias de manera que puedan prevenir manchas en la ropa, las madres procuran enseñar a sus hijas como lidiar con esto y puede desempeñar un papel importante en la información que obtiene (Marván, Espinosa, y Vacío, 2002).

Todos los cambios que ocurren en las púberes son principalmente físicos, psicológicos, entre otros llevan un periodo de tiempo determinado para cada proceso en el cual se tiene la oportunidad de que ellas experimenten nuevas cosas en su cuerpo y se desarrollen adecuadamente, aunque en el momento no sepan cómo manejar lo que les está ocurriendo. Los cambios físicos que tienen en el desarrollo de la sexualidad inician aproximadamente a los dos años de la primera menstruación en el cual se le conoce como la pubertad. Hay un crecimiento más rápido en donde los caracteres secundarios hacen su aparición que se inician entre los ocho y trece años donde se tiene el crecimiento de las mamas, la talla y esto es entre los nueve y once años (Guerrero y García, 2010).

En el país de México se puede apreciar que hay una disminución de la edad de la menarca, la cual se relaciona con la calidad de vida en relación con lo socioeconómico y la alimentación que se tiene en el país, en el estado de Guanajuato se argumenta que la edad promedio es de 12.8 años mientras que en la Ciudad de México es de 12.4 (García-Baltazar, 1993). En el estado de Guanajuato se está teniendo a las niñas con una edad de doce años con menarca para ello los padres podrían tener una comunicación en las

hijas que propicien pláticas constructivas para que ellas les puedan contar lo que les ocurre en la escuela o en su vida cotidiana al igual que los padres conozcan y sepan cómo manejar la menarca con ellas.

Toda niña pasa por este proceso inevitablemente pero no se tiene la confianza entre padres e hijas para hablar de ello en ocasiones generando que se sientan incomprendidas por los padres y lo que ellos conocen como rebeldía de parte de las hijas por el hecho de tener mala comunicación. La comunicación es totalmente importante pues es considerada como "el factor determinante de las relaciones que se establecerán con los demás, y lo que suceda con cada una de ellas en el mundo" (Satir, 1991). El objetivo de este estudio es conocer la relación (comunicación) que hay entre las púberes que comienzan su menstruación (menarca) y sus padres después de este suceso por medio de la aplicación de cuestionarios específicos para los padres y para las púberes.

Conocer la comunicación que existe entre las púberes y los padres de familia al comenzar con el suceso de la menarca, la forma de comunicación que tienen, las características sociodemográficas como la edad de la llegada de la menarca de ellas y analizar la comunicación que presentan los padres y las hijas.

Lino-Lavayen y Medina-Laínez mencionan que hay estereotipos culturales en ellos las expectativas que las niñas tienen, las reacciones que pueden surgir ante la menarca y que puede ser diferente en lo psicológico y que se ve reflejado en la pubertad lo cual puede generar inestabilidad en aspectos como afectividad, emoción, fisiológico y socialmente. La investigación que se realizó fue cuantitativa porque se puede medir con números, es descriptiva ya que se tiene conocimiento en el grado de disposición hacia el tema, con un corte transversal ya que esta hecho en un periodo de un año, cuenta con 80 niñas que son el 90% las que no tienen conocimiento del tema, 9% tienen conocimiento de la información, 33% es por radio, 32% es por la televisión, 16% es por las revistas, 10% por diarios y el menor porcentaje es por otros medios o de la institución educativa que les proporciona información de la menarquía por las encuestas que se utilizan en lo cuantitativo, el 89% es por pláticas 6% por las materias. La mayoría de esta población ni tiene la preparación previa para recibir su menarca, el objetivo es saber las actitudes que tienen las niñas al tener conocimiento para evitar actitudes negativas logrando una adecuada información para la calidad de vida de las niñas (Lino y Medina, 2012).

Se realizó un estudio longitudinal por medio de dos encuestas, una fue al principio del ciclo escolar 2002-2003 y la última al finalizar, se realizó con doscientas personas en La Habana entre quince a veintidós años. La finalidad es comparar la media de la edad de la menarca y las características que se presentan en el ciclo menstrual sabiendo el régimen de vida. La mayoría de estas personas fueron con un inicio temprana de su menarca sin marcar diferencias significativas, el intervalo para tener el ciclo menstrual estaba entre los 28 días y el tiempo de sangrado de tres a cinco días, las modificaciones con mayor consecutividad fueron las irregularidades menstruales y la amenorrea (Vázquez-Sánchez, Martínez-Fuentes, y Díaz-Sánchez, 2005).

Las niñas mencionan que están preparadas para cuando tengan su primer periodo, pero quieren tener más información y creen que las madres podrían explicarles más acerca de este tema pues en el aspecto de sus emociones en el cual se siente conflictuadas no ha recibido información. Las madres mostraron estar abiertas para poder dialogar más del tema sin que les de vergüenza tener tabúes o prejuicios (Cuevas, 2003).

Se quiso conocer la similitud que hay entre el nivel en la economía y la nutrición con la menarca la investigación es de un corte transversal y descriptivo con la institución Educativa Francisco de Zaldívar en 2012 con un total de cincuenta adolescentes de sexo femenino entre diez a diecisiete años los cuales se sometieron a un criterio de inclusión y exclusión se recurrió al instrumento para la recolección de datos, se evaluaron tres variables que se basan en instrumentos que son validados en otros trabajos de investigación. De las cuales se llegaron a los siguientes resultados, la edad en promedio de la menarquía esta entre los once a catorce años hablando de un nivel económico intermedio con un sesenta y cuatro por ciento, ochenta por ciento de la población evaluada tiene que ver con la relación evidente entre lo

nutricional con la edad en la que aparece la menstruación, pero no con el nivel económico y la edad en el inicio de la menstruación (Santos y Toribio, 2014).

Se ha realizado un trabajo en el cual el estado emocional de la persona se transmite por medio de la conducta verbal, se ven los cambios que pueden ser medidos de forma cuantitativa por la acústica final por medio de una específica instrumentación o por la valoración de los jueces. El objetivo del presente fue por una parte la forma sistemática, investigadas por la verificación emocional de la conducta de forma vocal y el tamaño de este dependiendo de volumen en el que se puede expresar la persona ya sea alto, bajo o medio. Se utilizaron 25 personas en las que se ven diferentes momentos de simulación que le facilita a la persona que evalúa el incitar la conducta que quiere que ocurra y los fenómenos de la acústica ya sea por medio de grabaciones o la radio que le deje realizar una conducta que no sea provocada. Los resultados de este trabajo se presentaron en tres niveles alto, medio y bajo por la posición de la escala las emociones que son agradables se detectan por tener una duración corta y de forma armónica y las que son de forma no agradable eran más largas con más volumen al momento de transmitir las que las demás (Muñoz, 1994).

Se empleó un estudio transversal en varias instituciones educativas donde se les aplicó un cuestionario a los adolescentes tanto hombres como mujeres averiguando sobre los conocimientos para tener una familia en el futuro y los métodos que pueden usar para prevenir embarazos a temprana edad al igual que las infecciones que se puedan llegar a tener y la comunicación familiar con sus progenitores acerca de la sexualidad. Se llegó en los resultados que ven a la sexualidad como malo el cincuenta por ciento que serían seiscientos treinta y dos personas es muy malo y quince punto cinco por ciento que es el equivalente a ciento setenta y dos personas. La comunicación entre padres e hijos fue del diecinueve punto cuatro por ciento equivalente a doscientas quince personas que la describieron como malas y el setenta y seis por ciento lo describieron como muy malas, la comunicación de una forma más general entre los padres e hijos que tienen conocimiento de la sexualidad fue de noventa y cinco punto cuatro por ciento igual a mil cincuenta y ocho tienen muy mala comunicación lo cual comprobó que los hijos y progenitores tienen una pésima comunicación (Salazar et al., 2007).

Ahora hay más embarazos en los adolescentes en el Caribe Barranquilla Colombia esta investigación permite tener en acción el estudio que ayuda a entender desde lo comunicacional actitudes que tienen los adolescentes con respecto al tema de la sexualidad permitiendo a personas como maestros, padres y estudiantes corroborar los datos y que elaboren un método para la educación, se realizó en el año 2003 en Barranquilla con personas de doce y diecisiete años utilizando métodos cuantitativos y cualitativos para la investigación respecto a la comunicación. Se llevó a cabo un cuestionario estructurado con setenta estudiantes de diez años con base en teorías cognitivas y del comportamiento. Con el programa STATS, dando información de manera estadística y verídica con máximo error del cinco por ciento y nivel de confiabilidad de noventa y cinco por ciento con un total de cuatrocientos catorce personas. En la comunicación el treinta y tres punto tres por ciento hablan con amigos o compañeros, el veintitrés punto tres por ciento con sus profesores, los resultados han podido corroborar que los padres se han preocupado y se toman el tiempo para conocer la información (Jiménez, Mosquera, y Obregón, 2010).

Por tal motivo, el objetivo de este trabajo es conocer la relación (comunicación) que hay entre las púberes que comienzan su menstruación (menarca) y sus padres después de este suceso por medio de la aplicación de cuestionarios específicos para los padres y para las púberes.

Método

Participantes

Para la recopilación de datos se utilizarán dos instrumentos de evaluación, el primero se aplicará a alumnas que ya hayan presentado su primera menarca después de una selección de las niñas entre quinto y sexto año de primaria, el segundo se aplicará a los padres de familia de estas niñas para conocer la comunicación que hay entre los padres y las hijas. Ambos instrumentos están elaborados en forma de

cuestionario y se espera explorar entre los dos la forma de comunicación de los padres y las hijas que ya presentan su menarca con el instrumento Cuestionario sobre Practicas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado). Guanajuato, consta de veintiún ítems para las niñas y 21 ítems para los padres y contiene cinco escalas Implicación, estilo parental positivo, vigilancia o supervisión pobres, disciplina inconsistente, castigo corporal.

Procedimiento

Una vez definido el problema, el objetivo de la investigación, la recopilación y análisis de la teórica, así como estudios relacionados con la propuesta y los métodos de investigación, se procede a la concepción y elección del diseño de investigación para la recolección de los datos. El diseño que se pretende seguir bajo el enfoque no experimental ya definido es un diseño de investigación transversal, donde se recolectarán los datos de las alumnas que ya en un determinado momento se mostró que han presentado la menarca. Antes de realizar la aplicación de los instrumentos, en la población en estudio, por cuestiones éticas y profesionales se plantea y se solicita la autorización de las autoridades de la institución dando a conocer las finalidades de la investigación, así como la importancia que es ésta, para el investigador en su formación profesional. La recolección de datos será mediante dos instrumentos de tipo cuestionario las cuales serán aplicadas a 50 alumnas de la Escuela Primaria Raquel Contreras Cachú y sus padres. Una vez contestados los instrumentos se procede al análisis estadístico (enfoque cuantitativo) de los datos para identificar significancias entre las variables de estudio y con ello indicar las conclusiones evaluando la viabilidad de las hipótesis planteadas por tanto la mejor manera de que ellas lleguen a este periodo es que los padres hablen con su hija de este tema. De igual forma, se darán a conocer los resultados obtenidos de una manera específica a las autoridades de la institución y el agradecimiento a todos los colaboradores y participantes por su aportación en el desarrollo de la investigación.

Análisis de datos

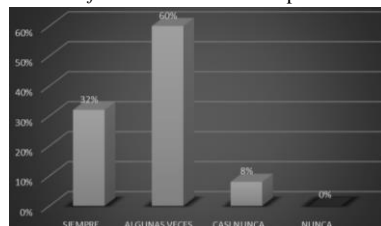
Se hizo un análisis descriptivo de las variables a través de Excel.

Resultados

Reflejan que la distribución de edades comprende entre los 11 y 12 años. Algunas de las respuestas relevantes reflejan que las niñas consideran que pueden platicar con sus padres (92%) y los padres refieren tener pláticas con sus hijas (94%), algunos padres han golpeado a sus hijas (6%), los padres incluyen a sus hijas para tomar decisiones familiares (45%), conocen y saben quiénes son los amigos de sus hijas (30%), las niñas piensan que sus padres en ocasiones se olvidan de ellas (4%). Los resultados sugieren que la mayoría de padres e hijas pueden tener una comunicación, aunque tienen ciertas restricciones para avisar sus actividades, por lo que se sugiere hacer intervenciones en interacciones sociales dentro del ámbito familiar antes de que suceda la menarca.

Formato de gráficas

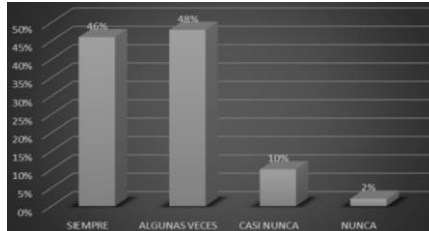
Gráfica 1. Pláticas con los padres



Fuente. Shelton, K.K., Frick, P.J., y Wootton, J. (1996) Cuestionario sobre Prácticas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado). Guanajuato.

En esta gráfica 1 se presenta que el 60% de las niñas consideran que platican con sus padres de lo que les ocurre en su vida y el 8% casi nunca tienen pláticas con sus padres.

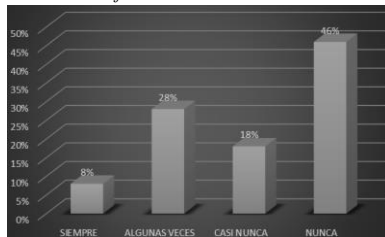
Gráfica 2. Decisiones familiares



Fuente. Shelton, K.K., Frick, P.J., y Wootton, J. (1996) Cuestionario sobre Prácticas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado). Guanajuato.

En la gráfica 2 la mayoría de las púberes (94%) ayudan y dan su opinión para la toma de decisiones familiares en el hogar mientras que el 2% nunca es considerado para la toma de decisiones. Es decir que la mayoría de las púberes tiene voz y voto en la familia.

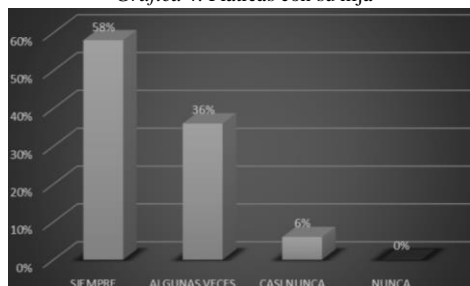
Gráfica 3. Se olvidan de mí



Fuente. Shelton, K.K., Frick, P.J., y Wootton, J. (1996) Cuestionario sobre Prácticas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado). Guanajuato.

En la gráfica 3 el 8% refiere que sus padres se olvidan de ellas en el transcurso del día mientras que el 46% de los padres está pendiente de las púberes. Es decir, la mayoría de los padres está pendiente de su hija en el día.

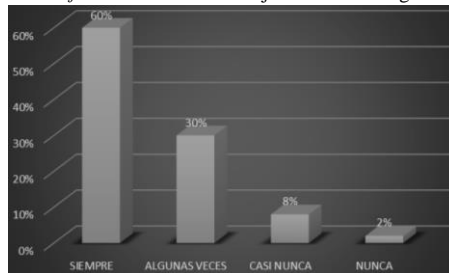
Gráfica 4. Pláticas con su hija



Fuente. Shelton, K.K., Frick, P.J., y Wootton, J. (1996) Cuestionario sobre Prácticas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado). Guanajuato.

En la gráfica 4 el 58% de los padres considera que tiene pláticas constructivas con sus hijas mientras que el 6% casi nunca platica con sus hijas. Es decir que la mayoría de los padres busca el medio de la comunicación por medio de pláticas con sus hijas.

Gráfica 5. Habla con su hija sobre sus amigos



Fuente. Shelton, K.K., Frick, P.J., y Wootton, J. (1996) Cuestionario sobre Prácticas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado). Guanajuato.

En la gráfica 5 el 60% de los padres hablan con sus hijas a cerca de sus amigos ya sean de la escuela o no mientras que el 2% de los padres nunca hablan con ellas acerca de sus amigos. Por tanto, la mayoría de los padres considera estar enterado de las amistades que sus hijas tienen.

Discusión/Conclusiones

Los resultados reflejan que las niñas están presentando la menarca entre los once y doce años en el cual se encuentran entre quinto y sexto grado de primaria, cada vez se está teniendo la primera menstruación a una menor edad pues en México según García-Baltazar (1993) en el estado de Guanajuato la edad promedio es de doce punto ocho años y ahora se está dando un poco antes entre once y doce años y se comienza la etapa de la pubertad donde hay muchos cambios físicos y psicológicos este no era un factor que se tomara en cuenta en tiempos atrás por que antes no se tomaba que había una etapa entre la niñez y adultez, donde ellas viven con sus padres y bajo las reglas que ellos establecen teniendo en cuenta que pueden hablar con sus padres más del 90% como mencionan Marvàn, Espinoza, y Vacío (2002) la familia es el apoyo básico de las niñas y en esta muestra se está reflejando que si tienen una comunicación contrario a lo que menciona Satir donde pueden hablar con su familia y son su apoyo para cualquier situación en este porcentaje, el 6% de las niñas refieren ser golpeadas por sus padres en un país donde se encuentra la violencia intrafamiliar, en la comunicación estadísticamente se aprecia que menos de la mitad de los padres conocen a las amistades de las niñas lo cual abarca que si hay comunicación entre padres e hijas y su mayoría tiene la confianza para platicar en familia.

Este trabajo puede ayudar a comprender la importancia que tiene la relación entre la niña y sus padres para poder llevar a cabo la transición satisfactoria de la niñez-pubertad-adolescencia donde los padres son el apoyo de sus hijas y las personas con las que pueden hablar de temas tan íntimos y personales teniendo en cuenta que se dice popularmente en México que la etapa más difícil es cuando se comienza la pubertad y adolescencia y los adultos llegan a tener conflictos con los hijos por tanto es importante saber que los padres son el apoyo que necesitan en un momento donde se tienen muchos cambios en las niñas y una buena comunicación familiar es un factor que puede ayudarlas para que se sientan más seguras en este proceso.

Es una población limitada de personas en una sola escuela en la ciudad de Salamanca Guanajuato México por tanto para una mayor exploración y recuperación de datos en la ciudad un número más aplico de personas podrían ser de utilidad para conocer a mayor profundidad la comunicación entre los padres y sus hijas después de haber teniendo su menarca en la zona.

Referencias

- Castillo, R. (2013). *Factores psicosociales relacionados con la edad de la menarca*. Universidad Veracruzana.
- Cuevas, S.M. (2003). *Preparación que proporcionan las madres para la menarquía*.
- Jiménez-Munive, E., Mosquera-Vásquez, Obregón-Gálvez (2010). Comunicación participación y salud sexual y reproductiva de las adolescentes reflexiones metodológicas desde la perspectiva de la comunicación para el cambio social. *Investigación & Desarrollo*, 12(1).
- Kerlinger, F.N., y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales (4ª ed.)*. México: McGraw-Hill.
- Marcos, V. (2015) *Pubertad precoz y pubertad adelantada*, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.
- Marván, M.L., Espinosa-Hernández, G., y Vacío, A. (2002). Premenarcheal Mexican girls'expectations concerning perimenstrual changes and menstrual attitudes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23, 89-96.
- Muñoz, C. (1994). La expresión de la emoción a través de la conducta vocal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, (43)3, 289-299.
- Pilar-Lino, R.M. (2012). *Actitudes de niñas de 9 a 12 años de edad frente al tema de menarquía, centro de educación básica N° 2 "Teodoro wolf" del cantón santa elena*. Licenciatura. Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- Salazar, A., Santa-María, A., Solano, I., Lazaro, C., Aroolo, S., Araujo, V.,... y Echazu, C. (2007). Conocimiento de Sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima Perú. *Horizonte Medico*, 7(2).
- Santos-Paredes, E.J., y Toribio-Avalos, A.D.P. (2014). *Relación del nivel económico y estado nutricional con la menarquía en las alumnas de educación secundaria de la institución educativa Francisco de Ze la, del Distrito El Porvenir-Trujillo 2012*.
- Satir, V. (1994). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, Pax-Mexico.
- Shelton, K.K., Frick, P.J., y Wootton, J. (1996) *Cuestionario sobre Practicas Parentales de Alabama (APQ) (adaptado)*. Guanajuato.
- Vázquez-Sánchez, V., Martínez-Fuentes, A.J., y Díaz-Sánchez, M.E. (2005). Menarquía y ciclo menstrual en estudiantes internas y externas de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 0-0.

CAPÍTULO 28

Estrategias musicoterapéuticas para el desarrollo de competencias emocionales intrapersonales en alumnado del grado de maestro en primaria

Luis Alberto Mateos Hernández* y María Cruz Pérez Lancho**

*Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de Educación; **Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de Ciencias de la Salud

Introducción

Son muchas las evidencias de la necesidad del trabajo de las competencias emocionales en la formación de los futuros docentes de educación primaria (Palomera, Fernández-Berrocal, y Brackett, 2008; Castejón, Pesquero, Sánchez, González, y Martín, 2008; Cantero y Pérez, 2008; Cabello, Ruiz-Aranda, y Fernández-Berrocal, 2010; Pertegal, 2011; Pertegal, Castejón-Costa, y Martínez, 2011; Augusto-Landa, López-Zafra, Berrios-Martos, y Pulido-Martos, 2012; Bernal y Donoso, 2013; Peñalva-Vélez, López-Goñi y Landa-González, 2013; Valdemoros-San-Emeterio y Lucas-Molina, 2014).

Esta necesidad constatada desde ya hace unos años en nuestro país, se ha visto acompañada esporádicamente por alguna propuesta concreta para el desarrollo de la inteligencia emocional o competencias emocionales en universitarios o para docentes. En nuestra revisión hemos encontrado alguna experiencia algo semejante en esta línea en nuestro país, especialmente relacionadas con el desarrollo de la inteligencia emocional en universitarios (Ramos, Hernández, y Blanca, 2009; De la Fuente, Franco, y Mañas, 2010; Guil y Gil-Olarte, 2012; Belandia et al., 2012; Macazaga, Vaquero, y Gómez, 2013; Polo-González y Urchaga-Litago, 2017).

En esta propuesta compartimos la idea de partida de Bernal Guerrero y Donoso González (2013) de que, en principio, "cualquier planteamiento preventivo, para evitar el malestar docente, en el nivel de la formación inicial será seguramente más importante que en el de la formación permanente" (p. 277).

Continuamos ofreciendo nuestra aportación en la línea de publicaciones anteriores en este sentido, en las que planteamos la necesidad del abordaje de las competencias emocionales curriculares y ofrecimos una propuesta de diseño curricular concreta para el alumnado del grado de Maestro en educación primaria articulada en ocho bloques de competencias emocionales intrapersonales (Mateos-Hernández y Pérez-Lancho, 2016a; 2016b). En esta ocasión, queremos dejar reflejado un compendio de ocho estrategias musicoterapéuticas prototípicas de dichos ocho bloques, en el que se ha tenido en cuenta la secuenciación con la que se adquiere el desarrollo socioemocional, y que se ha mostrado idóneo para los objetivos buscados.

Para ello, tomamos como punto de referencia la experiencia profesional ya vivida de formar a terapeutas musicales, también denominados *musicoterapeutas*. Durante 15 cursos académicos se ha tenido la oportunidad de llevar a cabo profesionalmente, junto con un amplio equipo de trabajo, un plan de formación en competencias emocionales intrapersonales dentro del diseño curricular del Máster en Musicoterapia de la UPSA, en el periodo que va desde el curso 2002-2003 hasta el momento actual. La presente propuesta de estrategias musicoterapéuticas está notablemente inspirada en el trabajo llevado a cabo durante este tiempo en el área 10 del mencionado postgrado, y se denomina *Proceso Didáctico-Terapéutico Personal* o *Self-Experience* (Mateos-Hernández et al., 2011). Esta es la denominación empleada en la *European Music Therapy Confederation* (EMTC) para definir a uno de los requisitos formativos básicos de cualquier musicoterapeuta europeo acreditado por esta entidad vinculada a la Unión Europea. El área de *Self-Experience* es una herramienta formativa para entrenar en competencias emocionales intra e interpersonales de forma personalizada a los alumnos del Máster que se preparan

para ejercer como musicoterapeutas. La mayor parte de los alumnos son graduados de magisterio, que también tienen conocimientos musicales.

Pero esta experiencia formativa hasta ahora se ha circunscrito al entorno de dicho posgrado, en el que la formación musical previa ya limita *a priori* a muchos el poder acceder a la formación en este tipo de competencias. Y por ello, dados los altos resultados de satisfacción por los resultados evaluados internamente en las diferentes promociones, nos llevó a pensar en la posibilidad de exportar y adaptar este planteamiento al alumnado de primaria de nuestra universidad. En concreto, la presente propuesta se ha obtenido de su aplicación progresiva durante 6 cursos académicos en la asignatura del 4º curso del grado de maestro en primaria denominada "Musicoterapia Educativa". Esta es una asignatura obligatoria para todo el alumnado del grado de maestro en educación primaria de la UPSA, y está orientada al desarrollo de competencias emocionales intrapersonales necesarias para el desempeño del rol docente y, en general, para enseñar a estos alumnos a autogestionar dichas competencias mediante actividades musicales que no requieren nivel de manejo técnico de la música, ni instrumental ni vocal, de modo que sean estrategias factibles y útiles para el enriquecimiento de su vida profesional y personal.

El diseño de esta asignatura está interconectado con el resto de áreas formativas del diseño curricular de magisterio. El *proceso didáctico-terapéutico personal* o *self-experience* es una herramienta muy útil en la formación del docente para el entrenamiento de sus competencias emocionales intrapersonales. Consiste en un conjunto de acciones realizadas con la ayuda de un profesor tutor, encaminadas a situar al futuro docente ante distintos aspectos:

- *Aprender a situarse ante sí mismo*. El abordaje de los aspectos socioemocionales de otros requiere un mínimo de capacidad, soltura y desenvolvimiento ante las propias situaciones emocionales que la vida nos va haciendo experimentar. En este sentido, es muy interesante poder abordar con tranquilidad y conscientes del proceso, la maduración de dos de los pilares básicos del rol docente: la identidad personal y la identidad como docente.

- *Aprender a situarse en el grupo*. El grupo de experiencia que se conforma en el aula de trabajo es una herramienta muy enriquecedora porque, a la vez que cada alumno va aprendiendo a conocerse y a ayudarse, aprende a hacer lo mismo con el resto de personas. La vivencia compartida de "crecer juntos" ofrece oportunidades de aprendizaje y crecimiento intra e interpersonal, aunque este proceso no es necesariamente fácil para el alumnado y se requiriera de actividades individuales supervisadas individualmente en tutorías y/o en el grupo/clase.

- *Aprender a aplicar lo aprendido al rol como docentes*. Esto supone que se ofrecen espacios para compartir y supervisar en grupo las diferentes situaciones personales que se experimenten, y convertirlas en aprendizajes competenciales del rol docente.

El objetivo de la presente comunicación es ofrecer una propuesta coherente de estrategias musicoterapéuticas validadas que puedan dar respuesta a la necesidad formativa del alumnado del grado de maestro en educación primaria en competencias emocionales intrapersonales.

Metodología

Bases de datos

Tras examinar la bibliografía más relevante en esta temática existente en SCOPUS, WOS, realizamos una primera selección de aquellos trabajos que aportaban información reseñable relacionada con los descriptores seleccionados. También buscamos diferentes fuentes documentales en redes académicas, sobretodo en ResearchGate.net y Academia.edu y Google Scholar.

Descriptores

Los descriptores empleados han sido 4: "Competencias emocionales intrapersonales" "Estrategias musicoterapéuticas", "Desarrollo socioemocional", y "Grado de Magisterio en Primaria", tanto en español como en inglés.

Fórmulas de búsqueda

Se han realizado búsquedas por pares con las posibles combinaciones de los 4 descriptores empleando el operador booleano AND.

Resultados

Una vez analizados los documentos encontrados en las búsquedas que incluían los descriptores comentados, seleccionamos aquellas estrategias musicoterapéuticas que consideramos más adecuadas para entrenar las competencias emocionales intrapersonales articuladas en los ocho bloques de contenido.

Para elaborar la selección de estrategias hemos tenido en mayor consideración las aportaciones de Standley (1991); Priestley (1994); Trevarthen y Malloch (2000); Forinash (2000); Wigram, Nygaard Pedersen y Bonde (2002); Wigram (2004); Wheeler (2005); Baker y Wigram (2005); Smeijsters (2006); Mateos-Hernández (2007); y Mazzola y Rusterholz (2014), además de nuestra experiencia previa al respecto. También hemos contado con los datos obtenidos con la técnica DAFO en los diferentes grupos de alumnado, así como con un cuestionario *ad hoc* sobre las carencias personales detectadas en competencias emocionales intrapersonales. De este cuestionario, solamente hemos tenido en cuenta algunas pequeñas aportaciones sobre las carencias autopercebidas de los alumnos, que enriquecían o matizaban lo ya elaborado hasta ese momento.

Con todas estas fuentes de información, desde nuestra experiencia previa al respecto, y partiendo de los ocho bloques de contenidos principales de competencias emocionales intrapersonales ya establecidas, fuimos seleccionando las estrategias musicoterapéuticas más adecuadas y configurando un plan para su aplicación dentro de la asignatura de “Musicoterapia Educativa”.

A continuación, puede apreciarse este diseño de estrategias musicoterapéuticas prototípicas por cada uno de los bloques de contenido en la tabla 1:

Tabla 1. Estrategias musicoterapéuticas prototípicas de cada uno de los bloques de contenido

Bloques de contenido competencial	Estrategias musicoterapéuticas
Conciencia sensorial y corporal	Coreografiar la música
Conciencia emocional	Musicalizar emociones evocadas y emociones sentidas.
Autorregulación y disciplina emocional	Musicalizar la respiración
Automotivación y actitud positiva ante la vida	<i>Songwriting</i>
Identidad y autovaloraciones esenciales	Crear músicas orientadas al propio reajuste socioemocional
Autogestión personal	Cronograma emocional
Conciencia biográfica y existencial	Autobiografía musical
Habilidades emocionales intrapersonales en el rol docente	Planificación, diseño y puesta en práctica de una actividad musical/emocional

Por último, queremos ofrecer la propuesta resultante de Objetivos generales y específicos de cada una de estas 8 estrategias musicoterapéuticas prototípicas para cada uno de los bloques (tabla 2):

Tabla 2. Objetivos generales y específicos de las estrategias musicoterapéuticas

Estrategias musicoterapéuticas	Objetivos generales	Objetivos específicos
Coreografiar la música	Crear coreografías individualmente que dibujen la música que suena para potenciar la conciencia sensorial y corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de expresar con el cuerpo la música que va sonando. - Ser capaz de atender a las sensaciones que se experimentan durante y después de expresar corporalmente la música - Verbalizar las emociones experimentadas al coreografiar la música
Musicalizar emociones evocadas y sentidas	Aprender a convertir en música instrumental o vocal las emociones evocadas y sentidas	<ul style="list-style-type: none"> - Musicalizar emociones primarias y secundarias evocadas. - Musicalizar emociones primarias y secundarias sentidas. - Saber atender al proceso creativo de expresión musical en el que se musicalizan estas emociones. - Verbalizar las emociones experimentadas al musicalizar las emociones evocadas y sentidas.
Musicalizar la respiración	Adquirir la habilidad de autorregulación mediante la atención voluntaria a la respiración	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar músicas adecuadas para acompañar a la propia respiración. - Aprender a sincronizar la atención voluntaria consciente a la música con la propia respiración - Desarrollar la disciplina personal necesaria para entrenarlo diariamente en casa.
<i>Songwriting</i> o escribir la letra de canciones	Crear canciones con objetivos preventivos terapéuticos	<p>Elaborar el propio diario musical:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear música con letra de lo que voy percibiendo diariamente - Crear música con letra que exprese lo que voy sintiendo diariamente.
Crear músicas (improvisación musical)	Crear músicas orientadas al propio reajuste socioemocional	<p>Crear música para aprender a situarse y reajustarse emocionalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear música para recordarme el valor de mi vida. - Crear música para recordarme el valor de mi entorno. - Crear música para "localizar" mi coraje y ganas de vivir y superarme. - Crear música "desde" mi coraje y ganas de vivir y superarme.
Cronograma emocional/musical	Elaborar y planificar estrategias personalizadas de conciencia y autorregulación emocional para situarse personalmente en el futuro como docente	<p>Elaborar un plan personal de disciplina emocional, tras evaluarse en los siguientes bloques de competencia socioemocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conciencia sensorial y corporal: hacia la búsqueda del espacio interior. - El pensamiento positivo, la autoestima, las fortalezas personales, el optimismo vital. - El tomar conciencia y la autorregulación de las emociones. - La revisión vital de los propios valores ante la salud - La disciplina emocional. - La experiencia propia: el yo como conciencia del sí mismo (<i>self</i>). - La inteligencia emocional diaria del docente.
Autobiografía musical	Situar el pasado emocional en el presente	<p>Elaboración de la autobiografía musical:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubicar cada pieza musical en un cronograma de la vida - Aplicar la teoría de Eric Erikson a cada pieza musical. - Analizar y revisar las emociones recurrentes - Analizar y revisar las relaciones vinculares. - Sistematizar las conclusiones personales. - Iniciar la búsqueda de estrategias personales para el entrenamiento de competencias socio-emocionales con estrategias musicoterapéuticas.
Planificación, diseño y puesta en práctica de una actividad musical/emocional	Aplicar lo aprendido a un grupo/clase	<p>Elaboración de una propuesta musical con objetivos de educación emocional con actividades musicales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar los destinatarios de la propuesta musical - Detectar necesidades socioemocionales prioritarias - Diseñar actividades musicales orientadas a atender las necesidades emocionales prioritarias - Aplicar la propuesta en la práctica con el grupo/clase.

Discusión/Conclusiones

Esta propuesta pretende conectar bloques de competencias emocionales intrapersonales de un futuro docente con estrategias musicoterapéuticas que sirven para tal fin. No hemos encontrado ninguna publicación que específicamente propusiera un trabajo análogo a este. No obstante, como ya comentamos en la introducción, sí hay investigaciones que ponen en evidencia tanto la necesidad del trabajo de las competencias emocionales en la formación de los futuros docentes de educación primaria como la necesidad de desarrollar la inteligencia emocional o competencias emocionales en universitarios o para docentes. Por ello, consideramos que es necesario profundizar en la investigación de los procedimientos musicoterapéuticos y criterios metodológicos más idóneos para poder protocolizar lo

más posible el proceso de toma de decisiones para el entrenamiento de estas competencias en la formación de maestros.

Referencias

- Alonso, L.E., Fernández, C.J., y Nyssen, J.M. (2009). *El debate de las competencias: una investigación cualitativa en torno a la educación superior y el mercado de trabajo en España*. Madrid: ANECA. Recuperado de http://www.aneca.es/var/media/148145/publi_competencias_090303.pdf
- Augusto, J.M., López-Zafra, E., Berrios-Martos, M.P., y Pulido-Martos, M. (2012). Analyzing the relations among perceived emotional intelligence, affect balance and burnout. *Psicología Conductual*, 20(1), 151-168. Recuperado de: http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=530
- Baker, F., y Wigram, T. (2005). *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Belandia, R. et al. (2012). *La salud física y emocional del profesorado: reflexiones y recursos*. Barcelona: Graó.
- Bernal, A., y Donoso, M. (2013). El cansancio emocional del profesorado. Buscando alternativas al poder estresante del sistema escolar. *Cuestiones Pedagógicas*, 22, 259-285.
- Cabello, R., Ruiz-Aranda, D., y Fernández-Berrocal, P. (2010). Docentes emocionalmente inteligentes. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 32(1), 41-49. Recuperado de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1268615555.pdf
- Castejón, J.L., Cantero, M^oP., y Pérez, N. (2008). Diferencias en el perfil de competencias socio-emocionales en estudiantes universitarios de diferentes ámbitos científicos. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 339-362.
- De la Fuente, J., Franco, C., y Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional en universitarios. *Estudios sobre Educación*, 19, 31-52.
- Forinash, M. (2000). *Music Therapy Supervision*. Gilsum, USA: Barcelona Publishers.
- Guil, R., y Gil-Olarte, P. (2012). Inteligencia emocional y educación: desarrollo de competencias emocionales. En J. M. Mestre, y P. Fernández-Berrocal, (Eds.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 189-215). Madrid: Pirámide.
- Macazaga, A.M., Vaquero, A., y Gómez, A. (2013). El registro de la emoción en el cuerpo, autoconocimiento y formación del profesorado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 16(2), 135-145. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.16.2.184021>
- Mateos-Hernández et al. (2011). El reto del diseño curricular en las terapias artístico creativas. Una aportación desde la musicoterapia dentro del EEES. En L. A. Mateos (Ed.), *Terapias Artístico Creativas* (pp. 375-422). Salamanca: Amarú.
- Mateos-Hernández, L.A. (2007). La autobiografía sonoro-musical como estrategia psicopedagógica para la supervisión personal de musicoterapeutas en formación. Una propuesta desde el paradigma humanista-existencial. En *Actas I Congreso Nacional de Musicoterapia. "El Musicoterapeuta, un profesional para el S.XXI, pp. 105-112*. Barcelona: Patronat Municipal Ajuntament de Sant Esteve Sesrovires.
- Mateos-Hernández, L.A., y Pérez-Lancho, M.C. (2016a). El soslayamiento de las competencias del ser en el currículum de Magisterio. *4th International Congress of Educational Sciences and Development*. Santiago de Compostela.
- Mateos-Hernández, L.A., y Pérez-Lancho, M.C. (2016b). Propuesta curricular para el desarrollo de competencias emocionales intrapersonales en alumnado del Grado de maestro en Primaria. En M.C. Pérez-Fuentes et al. (Eds.), *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar*, (pp. 141-148). Almería: ASUNIVEP. Recuperado de <http://www.formacionasunivep.com/cice2016/files/LIBRO%20VARIABLES.pdf#page=142>
- Mazzola y Rusterholz (2014). *Mindfulness para profesores*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Palomera, R., Fernández-Berrocal, P., y Brackett, M.A. (2008). La inteligencia emocional como una competencia básica en la formación inicial de los docentes: algunas evidencias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(15), 437-454.
- Peñalva-Vélez, A., López-Goñi, J.J., y Landa-González, N. (2013). Competencias emocionales del alumnado de Magisterio: posibles implicaciones profesionales. *Revista de Educación*, 362, 690-712. <http://dx.doi.org/doi:10.4438/1988-592X-RE-2013-362-246>
- Portegal, M.L. (2011). *Identificación de Competencias Genéricas de Carácter Socioemocional: Aplicación al Desarrollo Profesional de Ingenieros, Informáticos y Maestros*. (tesis de doctorado). Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22766/1/Tesis_Portegal.pdf

- Pertegal, M.L., Castejón-Costa, J.L., y Martínez, M.A. (2011). Competencias socioemocionales en el desarrollo profesional del maestro. *Revista Educación XXI*, 14, 237-260.
- Pesquero, E., Sánchez, M.E., González, M., y Martín, R. (2008). Las competencias profesionales de los maestros de Primaria. *Revista Española de Pedagogía*, 241, 447-466.
- Polo-González, M.E. y Urchaga-Litago, J.D. (2017). Práctica docente para el fomento de habilidades emocionales en futuros maestros. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 7(1), 581-588.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.
- Ramos, N., Hernández, S., y Blanca, M.J. (2009). Efecto de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3), 207-216.
- Smeijsters, H. (2006) Research in practice. *Music Therapy Today*, 7(4) 781-838. available at <http://musictherapyworld.net>
- Standley, J. (1991). *Music Techniques in Therapy, counseling, and Special Education*. St Louis, MO (Florida): MMB Music, Inc.
- Trevarthen, C., y Malloch, S. (2000). The Dance of Wellbeing: Defining the Music Therapeutic Effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9, (2), 3-17.
- Valdemoros-San-Emeterio, M.Á., y Lucas-Molina, B. (2014). Competencias que configuran el perfil del docente de primaria. Análisis de la opinión del alumnado de Grado en Educación Primaria. *Aula Abierta*, 42(1), 53-60.
- Wheeler, B. (2005). Our Language and Our Attitudes. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved May 31, 2005, from <http://www.voices.no/columnist/colwheeler250405.html>
- Wigram, T. (2004). *Improvisation - Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Nygaard, I., y Bonde, L.O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy - Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.

CAPÍTULO 29

La inteligencia emocional en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Ana B. Barragán, M^a del Mar Molero, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Simón,
África Martos, Carmen M^a Hernández-Garre, y José Jesús Gázquez
Universidad de Almería

Introducción

Cada vez más son indiscutibles las distintas maneras de afrontar y adaptarse que tiene la población en función del ambiente (Carrasco, 2013). Actualmente las investigaciones relacionadas con la inteligencia emocional están en auge, por lo que la variedad de definiciones se ha ampliado desde la primera publicación especializada dada por Salovey y Mayer (1990). En este sentido, Mayer y Salovey consideran que la inteligencia emocional es *“la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”* (1997, p. 10). Unos años después Goleman (1996) señala que, la inteligencia emocional es la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos.

La inteligencia emocional es un constructo de gran importancia en los diferentes campos, tal y como recogen Cazalla-Luna y Molero (2014) en su estudio. Según las diferentes investigaciones, la inteligencia emocional se ha relacionado con el bienestar subjetivo (Bar-On, 2005), el bienestar personal y laboral (Pena, Rey, y Extremera, 2012), el bienestar psicológico (Salguero, Ruiz, Fernández-Berrocal, y González-Ordi, 2008), la percepción de la salud y conductas relacionadas con la salud (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello, y Extremera, 2006), el ajuste socioescolar del alumnado (Pena y Repetto, 2008), la satisfacción laboral o académica y el vínculo con los estudios (Berrios, Augusto, y Aguilar, 2006), las habilidades sociales (Jiménez y López-Zafra, 2011), etc. Como podemos observar este constructo está relacionado con distintas variables, lo que crea un gran abanico en el ámbito de la investigación, para llevar a cabo diferentes líneas de estudio y relacionarlas entre sí.

La inteligencia emocional se ha considerado como el desarrollo psicológico más actual en el ámbito de las emociones (Jiménez y López-Zafra, 2009). El estudio de ésta en el ámbito educativo está generando una de las líneas con mayor interés entre los investigadores, por la relevancia que juegan las emociones en este contexto (Sáinz, Ferrándiz, Fernández y Ferrando, 2014). Es necesario el uso de habilidades, destrezas y competencias para poder manejar el estrés, establecer relaciones interpersonales y dirigir sus emociones y estados de ánimo (Carrasco, 2013). En este sentido la inteligencia emocional desarrolla el papel de moderador de los efectos de las habilidades cognitivas sobre el rendimiento académico (Pérez y Castejón, 2007; Pulido y Herrera, 2015a). La formación emocional tanto en los docentes como en los estudiantes es fundamental e incluso, algunos autores lo consideran como un elemento básico para el desarrollo profesional y para la consecución de una educación de calidad (Cazalla-Luna, Ortega-Álvarez, y Molero, 2015; Palomera, Fernández-Berrocal, y Brackett, 2008).

Por otro lado, en el estudio realizado por Molero, Pantoja-Vallejo, y Galiano-Carrión (2017) en una muestra de estudiantes de educación infantil y educación primaria, se ha encontrado diferencias significativas en la variable titulación en todos los factores de la inteligencia emocional menos en el factor adaptabilidad a favor de los estudiantes de educación infantil. Igualmente, en otras investigaciones realizadas con universitarios de otras titulaciones, los estudiantes de magisterio obtienen puntuaciones que son significativamente más altas respecto a otros grados relacionados con la educación (Sala-Roca,

2002). En el estudio de Castejón, Cantero, y Pérez (2008) existen diferencias entre las titulaciones de las diferentes áreas estudiadas (ciencias jurídicas, ciencias sociales, educación, humanidades, ciencia y tecnología, y salud), siendo el área de ciencias jurídicas la que está por encima del resto.

A la hora de hablar de las diferencias de género, en cuanto a la inteligencia emocional, la mayoría de los resultados obtenidos en diversos estudios muestran el uso distinto entre hombres y mujeres (Gartzia, Aritzeta, Balluerka, y Barberá, 2012), encontrando diferencias significativas entre la inteligencia emocional y el grupo de las mujeres en algunas investigaciones (Jolić y Altaras, 2014; Pulido y Herrera, 2015b), y en otras es el grupo de los hombres el que obtiene puntuaciones mayores en algunas dimensiones de la inteligencia emocional (Bastian, Burns, y Nettlebeck, 2005). Molero, Pantoja-Vallejo, y Galiano-Carrión (2017) en su investigación obtuvieron como resultados diferencias significativas en el factor interpersonal. Sin embargo, en el estudio de Cazalla-Luna y Molero (2016), no se encontraron diferencias significativas en inteligencia emocional percibida, con respecto al género.

Esta investigación tiene como objetivo analizar si existen diferencias en inteligencia emocional entre estudiantes de enfermería y estudiantes que están cursando Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Así mismo, determinar la relación entre las dimensiones de la inteligencia emocional, la edad y el estado de salud en ambos grupos. Es decir, determinar la relación de cada una de las dimensiones tales como intrapersonal, interpersonal, de adaptabilidad, de manejo de estrés y de estado de ánimo en general con la titulación y el género.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 63 participantes pertenecientes a titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud. De estos el 41,3% ($N=26$) estaba realizando Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y el 58,7% ($N=37$) eran estudiantes universitarios de enfermería.

Los participantes tenían una edad comprendida entre los 20 y 51 años, con una media de 32,41 ($DT=3,48$) años. En cuanto al género de la muestra, el 69,8% ($N=44$) eran mujeres y el 30,2% ($N=19$) eran hombres. La edad media del grupo de las mujeres era de 32,77 años ($DT=8,44$) y la media de edad del grupo de los hombres 31,58 años ($DT=8,76$).

En relación al estado civil de los participantes, el 58,7% ($N=37$) eran solteros, el 36,5% ($N=23$) tenían pareja estable o estaban casados, y el restante 4,8% ($N=3$), se encontraban separados o divorciados.

Instrumentos

Cuestionario *ad hoc*, con el objetivo de conocer las características sociodemográficas de los participantes, además se recogen datos sobre la salud percibida, donde los participantes debían señalar la opción que más concordase con la valoración que ellos creían tener sobre el estado de su salud.

Brief emotional intelligence inventory for senior citizens (EQ-I-M20) se utilizó la adaptación para mayores del Emotional Intelligence Inventory: Young Version (EQ-i:YV) de Bar-On y Parker (2000), Inventario de Inteligencia Emocional reducido para mayores (EQ-i-20M), validado y baremado para población mayor española (Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader y Molero, 2014). Consta de 20 ítems con cuatro alternativas de respuesta en una escala tipo Likert (1=nunca me pasa, y 4=siempre me pasa) y cinco factores: Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del estrés, Adaptabilidad y Estado de ánimo.

Procedimiento y análisis de datos

Para la realización de esta investigación, la participación fue voluntaria y todos los sujetos que realizaron el cuestionario fueron informados de los objetivos del estudio y el modo de cumplimentar éste. Además, se les informo que sus respuestas iban a ser totalmente anónimas y el uso de los datos

confidencial. El cuestionario fue cumplimentado de forma individual. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS. 23. Los parámetros descriptivos se llevaron a cabo mediante un análisis de frecuencias. Igualmente, para conocer si existían diferencias significativas en la autoestima global y autoeficacia general, en función de la titulación, se empleó la prueba *t* de Student. Y por último, para analizar la relación entre la edad, salud, autoestima y autoeficacia en ambos grupos, se empleó la correlación de Pearson.

Resultados

Para analizar las diferencias en función de la titulación y el género hemos aplicado la prueba *t* de Student para muestras independientes. En cuanto a la titulación (ver tabla 1), los resultados muestran que existen diferencias significativas en el factor interpersonal ($t_{(62)} = -3,38; p < .05$), entre los estudiantes de TCAE ($M=12,27; DT=2,31$) y los estudiantes de enfermería ($M=12,06; DT=1,83$), obteniendo puntuaciones mayores el primer grupo. Respecto al factor intrapersonal encontramos que los estudiantes de TCAE ($M=10,84; DT=2,37$) obtienen puntuaciones mayores, aunque estas diferencias no son significativas ($t_{(62)} = -0,89; p = .37$), en relación al grupo de estudiantes de enfermería ($M=10,25; DT=2,66$). Igualmente, ocurre con el resto de factores como son el manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo, donde el grupo de TCAE obtiene puntuaciones más elevadas, aunque no son estadísticamente significativas, respecto al grupo de estudiantes de enfermería.

Tabla 1. Inteligencia emocional según la titulación. Descriptivos y prueba *t* de Student

	Titulación						<i>t</i>	<i>p</i>
	Enfermería			TCAE				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Intrapersonal	37	10,25	2,66	26	10,84	2,37	-.89	,37
Interpersonal	37	12,06	1,83	26	12,27	2,31	-3,38*	,70
Manejo del estrés	37	6,90	2,13	26	7,55	1,81	-1,27	,20
Adaptabilidad	37	11,50	2,37	26	11,80	1,97	-.52	,60
Estado de animo	37	12,34	2,56	26	12,96	2,17	-.99	,32

* $p < 0,05$

En función del género (ver tabla 2), encontramos que el grupo de las mujeres ($M=10,94; DT=2,75$) obtiene puntuaciones mayores estadísticamente significativas ($t_{(62)} = -2,64; p < .05$), respecto al grupo de los hombres ($M=9,47; DT=1,59$) en el factor intrapersonal. En relación al resto de factores no existen diferencias significativas, y las puntuaciones medias son mayores en el grupo de las mujeres en proporción a las obtenidas por el grupo de los hombres.

Tabla 2. Inteligencia emocional según el género. Descriptivos y prueba *t* de Student

	Género						<i>t</i>	<i>p</i>
	Hombre			Mujer				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Intrapersonal	19	9,47	1,59	44	10,94	2,75	-2,64*	,01
Interpersonal	19	11,41	1,76	44	12,47	2,07	-1,94	,05
Manejo del estrés	19	6,44	1,71	44	7,48	2,07	-1,90	,06
Adaptabilidad	19	11,37	2,02	44	11,73	2,29	-.60	,55
Estado de animo	19	12,43	2,15	44	12,67	2,53	-.35	,72

* $p < 0,05$

En la tabla 3, se presentan los resultados de la correlación de Pearson entre la edad, salud y los factores del inventario EQ-i-20M, que muestran la existencia de una correlación positiva entre la adaptabilidad y el estado de salud ($r=.363$; $p<0,01$) y el estado de ánimo y el estado de salud ($r=.273$; $p<0,05$). Es decir, las personas que indican que tienen un buen estado de salud tienen una buena adaptabilidad y estado de ánimo.

Tabla 3. Edad, salud y factores del inventario EQ-i-20M. Correlación de Pearson

		Interpersonal	Manejo del estrés	Adaptabilidad	Estado de ánimo	Edad	¿Cómo diría que es su estado de salud?
Intrapersonal	Pearson	.406**	-.167	.603***	.499***	.157	.062
	Sig.	.001	.191	.000	.000	.219	.632
	N	63	63	63	63	63	63
Interpersonal	Pearson		-.255*	.607***	.411**	.091	.197
	Sig.		.044	.000	.001	.479	.122
	N		63	63	63	63	63
Manejo del estrés	Pearson			-.190	-.156	.088	-.089
	Sig.			.136	.223	.493	.488
	N			63	63	63	63
Adaptabilidad	Pearson				.567***	-.019	.363**
	Sig.				.000	.881	.003
	N				63	63	63
Estado de ánimo	Pearson					.050	.273*
	Sig.					.698	.031
	N					63	63
Edad	Pearson						.018
	Sig.						.888
	N						63

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

Discusión/Conclusiones

En relación a las variables sociodemográficas consideradas en nuestro estudio, se observó que los estudiantes de TCAE obtenían puntuaciones más elevadas que los estudiantes de enfermería en el factor interpersonal, y que en el resto de factores no existían diferencias estadísticamente significativas. En otros estudios realizados, como el de Molero, Pantoja-Vallejo, y Galiano-Carrión (2017), se encontraron diferencias en todos los factores menos en adaptabilidad, pero la muestra de estudiantes era de ciencias de la educación. Sin embargo, existen diferencias significativas entre los estudiantes de diferentes titulaciones, tal y como señala Castejón, Cantero, y Pérez (2008) en su investigación donde las ciencias jurídicas está por encima de las ciencias sociales, educación, humanidades, salud, y ciencia y tecnología. Por lo cual, van a existir o no diferencias significativas en los diferentes factores de la inteligencia emocional dependiendo de la titulación que estés cursando.

Para la variable género, encontramos relaciones significativas entre el factor intrapersonal y el género respecto al grupo de las mujeres. En este sentido, otras investigaciones encuentran relaciones significativas en todos los factores de la inteligencia emocional y el grupo de las mujeres (Jolić y Altaras, 2014), en nuestro caso, solamente hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas en el factor intrapersonal, en cambio, en el estudio de Molero, Pantoja-Vallejo, y Galiano-Carrión (2017) han observado diferencias significativas en el factor interpersonal. La existencia de diferencias de género en factores distintos puede deberse al instrumento empleado y al tipo de muestra de cada estudio. Quizás con otro tipo de muestra e instrumento encontraríamos diferencias según el género en otros factores de la inteligencia emocional. Sin embargo, en el estudio realizado por Bastian, Burns, y Nettlebeck (2005) el grupo de los hombres fue el que obtuvo puntuaciones más elevadas en algunas dimensiones de la inteligencia emocional.

En cuanto a los resultados de la correlación de Pearson entre la edad, el estado de salud y los factores del inventario EQ-i-20M, encontramos que existe una relación positiva y significativa entre el estado de

salud con el factor estado de ánimo y adaptabilidad, es decir, las personas que manifiestan un mejor estado de ánimo y adaptabilidad poseen un mejor estado de salud.

Queda constatado como señalan Jiménez y López-Zafra (2009), que la inteligencia emocional se considere el desarrollo psicológico más usual en el ámbito de las emociones, el cual está relacionado con una gran cantidad de variables. Por tanto, el desarrollo de las competencias emocionales es fundamental para conseguir el bienestar y buen estado de salud.

Para futuras investigaciones sería interesante ampliar el tamaño de la muestra y el tipo de población, para comprobar si la existencia de diferencias entre hombres y mujeres, es debida al tipo de población encuestada. Este tipo de estudios nos permitirán desarrollar programas para el fomento de la inteligencia emocional y hacerlo extensivo a todo el ámbito universitario.

Agradecimientos

Parte de este trabajo se ha desarrollado gracias a la financiación del Plan Propio de Investigación 2015 de la Universidad de Almería, por la ayuda para la contratación de personal investigador en formación predoctoral, concedida a Ana Belén Barragán Martín, así como, gracias a la financiación Formación de Profesorado Universitario en Áreas Deficitarias, Ayudas Gerty Cori, por la ayuda para la contratación de personal investigador en formación predoctoral, concedida a María del Mar Simón Márquez.

Referencias

- Bar-On, R. (2005). The impact of emotional intelligence on subjective well-being. *Perspectives in Education*, 23, 41-61.
- Bar-On, R., y Parker, J.D.A. (2000). Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV): Technical manual. Toronto, Canada: MultiHealth Systems.
- Bastian, V., Burns, N., y Nettlebeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 1135-1145.
- Berrios, M.P., Augusto, J.M., y Aguilar, M.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 15(52). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200006
- Carrasco, I.Y. (2013). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de Farmacia y Bioquímica en Huancayo. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 3(1), 36-50.
- Castejón, J.L., Cantero, M.P., y Pérez, N. (2008). Diferencias en el perfil de competencias socio-emocionales en estudiantes universitarios de diferentes ámbitos científicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(15), 339-362.
- Cazalla-Luna, N., Ortega-Álvarez, F., y Molero, D. (2015). Autoconcepto e Inteligencia Emocional de docentes en prácticas. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 14, 151-164.
- Cazalla-Luna, N., y Molero, D. (2014). Inteligencia emocional percibida, ansiedad y afectos en estudiantes universitarios. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(3), 56-73.
- Cazalla-Luna, N., y Molero, D. (2016). Inteligencia emocional percibida, disposición al optimismo-pesimismo, satisfacción vital y personalidad de docentes en su formación inicial. *Revista de Investigación Educativa*, 34(1), 241-258.
- Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N., y Barberá, E. (2012). Inteligencia y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28(2), 567-575.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Jiménez, M.I., y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.
- Jiménez, M.I., y López-Zafra, E. (2011). Actitudes y adaptación social en adolescentes españoles, el papel de la inteligencia emocional percibida. *Revista de Psicología Social*, 26(1), 105-117.
- Jolić, Z., y Altaras, A. (2014). Reliability, construct and criterion-related validity of the Serbian adaptation of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). *Psihologija*, 47(2), 249-262.

- Mayer, J.D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Molero, D., Pantoja-Vallejo, A., y Galiano-Carrión, M. (2017). Inteligencia emocional rasgo en la formación inicial del profesorado. *Contextos Educativos*, 20, 43-56.
- Palomera, R., Fernández-Berrocal, P. y Brackett, M. A. (2008). La inteligencia emocional como una competencia básica en la formación inicial de los docentes: algunas evidencias. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15(6), 437-454.
- Pena, M., Rey, L., y Extremera, N. (2012). Life Satisfaction and Engagement in Elementary and Primary Educators: Differences in Emotional Intelligence and Gender. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 341-358.
- Pena, M., y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre la inteligencia emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15(6), 400-420.
- Pérez, N., y Castejón, J.L. (2007). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 119-129.
- Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Mercader, I., y Molero, M.M. (2014). Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20). *Psicothema*, 26(4), 524-530.
- Pulido, F., y Herrera, F. (2015a). La inteligencia emocional como predictora del rendimiento académico: el contexto pluricultural de Ceuta. *Innoeduca: International Journal of Technology and Educational Innovation*, 1(2), 98-105.
- Pulido, F., y Herrera, F. (2015b). Miedo e inteligencia emocional en el contexto pluricultural de Ceuta. *Anuario de Psicología*, 45(2), 249-263.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230.
- Sáinz, M., Ferrándiz, C., Fernández, C., y Ferrando, M. (2014). Propiedades psicométricas del Inventario de Cociente Emocional EQ-i: YV en alumnos superdotados y talentosos. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 41-55.
- Sala-Roca, J. (2002). Ideas previas sobre la docencia y competencias emocionales en estudiantes de ciencias de la educación. *Revista Española de Pedagogía*, 60(223), 543-557.
- Salguero, J.M., Ruíz, D., Fernández-Berrocal, P., y González-Ordi, H. (2008). La inteligencia emocional y sugestionabilidad; efectos sobre el nivel de ansiedad en una muestra de mujeres universitarias. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 143-158.
- Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

CAPÍTULO 30

Análisis de las características sociodemográficas y laborales de los TCAE

Carmen M^a Hernández-Garre, M^a del Mar Molero, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Simón, Ana B. Barragán, África Martos, y José Jesús Gázquez
Universidad de Almería

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las enfermedades crónicas no transmisibles las principales responsables de la mortalidad a escala mundial. Estas enfermedades afectan especialmente a adultos y mayores, aumentando las tasas de hospitalización (Escobar-Ciro y Cardozo-García, 2016). Esta situación genera frecuentemente estancias hospitalarias de larga duración aumentando las demandas en los cuidados de enfermería (Beltrán-Salazar, 2006).

Para reconocer el trabajo desempeñado por el personal sanitario referido a los profesionales de la enfermería y auxiliar de enfermería, es necesario un acercamiento a las claves históricas por las cuales se ha ido produciendo un progreso desde la ocupación a la profesión sanitaria en sí.

Atendiendo a la evolución histórica de esta profesión en nuestro país el desarrollo de la enfermería ha sufrido un proceso de transición hasta convertirse en una profesión reconocida como tal. Así, en la década de los 50 y 60 aproximadamente, la enfermería era considerada una ocupación subalterna y muy poco cualificada, dotada de un fuerte elemento femenino y religioso que quedaba a disposición de los médicos y organizaciones religiosas para asumir gran parte de las tareas auxiliares sanitarias de carácter doméstico (Bernalte, 2015), aunque se trataba en realidad de unas acciones muy especializadas, ligada a la actuación de los religiosos en los hospitales. Con todo, es destacable la fuerte especialización profesional de los profesionales de la enfermería en gran parte de nuestro país que buscará cierta estructuración y sistematización en los cuidados (García y Gosalbes, 2013).

Tomando como referencia las normativas legislativas de países como Francia, se creó en España el Título de Enfermería en 1915, agrupándose los enfermeros/as en Practicantes que eran en su mayoría hombres que ocupaban puestos en los laboratorios de análisis clínicos, radiología, etc., las Enfermeras con un fuerte carácter femenino, destinadas a servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos y las Matronas (García y Martínez, 2001). Al no producirse el desarrollo de dicha normativa surge en 1953 la unificación de estos tres profesionales dando lugar a la creación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) (García y Gosalbes, 2013).

A continuación, en 1977 con la aprobación del RD 2128/77 se aprobaba la integración de los estudios de ATS en las Escuelas Universitarias de Enfermería, conviriendo al profesional de la enfermería en un profesional específico con identidad propia dentro del equipo de salud (García y Martínez, 200; Pedrosa, Fontanella, y Royo, 2014)

Tras este periodo se llega hacia la primera mitad de los años ochenta a la integración de esta disciplina en el ámbito universitario, convirtiendo a los antiguos ATS en Diplomados Universitarios en Enfermería (Siles, Solana-Ruiz, Fernández de Freitas, y Oguisso, 2010), dando paso actualmente al Grado en Enfermería originado tras la reforma del Espacio Europeo de Educación Superior en nuestro país. Por otro lado, se produce la creación en 1995 de la figura de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE, en adelante) que forman parte de la Formación Profesional de Grado Medio del sistema educativo español (Pedrosa, Fontanella, y Royo, 2014). Es el Real Decreto 546/95 el que establece el título y las enseñanzas mínimas y el RD 558/95 por el que queda establecido el currículo de esta titulación.

Durante los últimos años, el desarrollo de la historia de la enfermería en España ha ocasionado el impulso de diferentes publicaciones y análisis relacionados también con una amplia variedad de temáticas (García y Gozalbes, 2013), encontrándose diferentes aportaciones sobre conceptualizaciones o modelos actuales de cuidados (García y Martínez, 2001; González y Martínez, 2010; Hernández, 1996; Siles, 1996).

Asimismo, uno de los aportes relevantes en el desarrollo de la enfermería han sido los numerosos congresos nacionales que se han ido produciendo en nuestro país como el celebrado en Almería en 2008 (García y Gozalbes, 2013; González y Martínez, 2010). Igualmente, se puede destacar el aumento de publicaciones en revistas especializadas en enfermería con alto factor de impacto consolidándose como objeto de investigación (Amezcu, 2008; García y Gozalbes, 2013).

Características sociodemográficas: género y feminización de la profesión

Otro de los importantes aspectos a considerar en la profesión enfermera y de los TCAE está relacionado con feminización de la profesión así como con su propia imagen (Bernalte, 2015). Según este autor, una imagen distorsionada de la profesión puede tener consecuencias e incidir en el número de jóvenes que se decantan por la enfermería como profesión, ya que los medios de comunicación se han centrado principalmente en las mujeres siendo ignorada la imagen de un enfermero hombre, por lo que influye notablemente en la elección de los estudios de enfermería (Kalisch, Begeny & Neumann, 2006).

La realidad existente actualmente en nuestro contexto sociocultural hace patente la asignación de diferentes características como son los valores o posibilidades de desarrollo profesional a los individuos en función del género. Así, se produce por lo general, una atribución de estereotipos femeninos o masculinos que se traduce en profesiones como las sanitarias, concretamente en el caso de la enfermería en la que se da una fuerte feminización de la profesión (Bernalte, 2015).

En este sentido, se constata una presencia mayoritariamente femenina en la profesión sanitaria en nuestro país (Bernalte, 2015), según el Instituto Nacional de Estadística (2012) sobre los profesionales sanitarios colegiados, en siete de las once profesiones que se analizaron en ese año había un mayor porcentaje de mujeres que hombres colegiadas. En el caso de los auxiliares de enfermería al no estar colegiados no se dispone de estadísticas oficiales, aunque en el estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, el 6% eran hombres y el 94% mujeres, por lo que se ponía de manifiesto la intensa feminización laboral entre los profesionales de dicho Hospital como sucede en casi todo el conjunto del ámbito sanitario, especialmente en el colectivo enfermero (Instituto Nacional de Estadística (2012). En el mismo estudio se concluía que las tres cuartas partes del total de los trabajadores de ese Hospital eran mujeres coincidiendo con otras investigaciones (Alves, Neves, Dela, y Oliveira, 2012; Bustos y Carrizosa, 2010; García, Moro, y Medina, 2010).

Según muestra el estudio del Instituto Nacional de Estadística (2012), la presencia tan escasa de hombres en el colectivo de la enfermería podría ser el resultado del carácter histórico del cuidado considerado más una tarea femenina, elemento que se encuentra incluido en los valores de nuestra sociedad. Igualmente, como señala Bernalte (2015) el papel de los medios de comunicación ha sido esencial en este aspecto, la imagen pública, el prestigio social, la exposición a los riesgos de salud o los programas de educación en enfermería, entre otros, constituyen factores que inciden en la elección de la enfermería como profesión.

Algunas de las consecuencias de la feminización del sector que señala Bernalte (2015) son la ralentización de la evolución de la propia profesión haciendo que se tenga una participación social menor, la remuneración sea inferior o se produzca también la pérdida de identidad profesional. Además, este carácter basado en un modelo de género discriminatorio supuso un importante freno al proceso de profesionalización en nuestro país (Galiana-Sánchez, Bernabeu-Mestre, y García Paramio (2010).

Tomando en consideración estos argumentos se hace necesaria la incorporación de la variable género en el estudio y análisis de los aspectos sociodemográficos relativos a la profesión (Bernabeu-Mestre, Carrillo-García, Galiana-Sánchez, García-Paramio, y Trescastro-López, 2013).

Características laborales de los TCAE

Por lo general, el trabajo en el colectivo sanitario exige condiciones de cooperación y compromiso con el resto de los profesionales con los que colabora para atender a las necesidades de los pacientes desde diferentes disciplinas (Moreno, 2015).

En la investigación llevada a cabo por Santos, Lima, Klock, y Erdmann (2012) se ponía de manifiesto las relaciones interpersonales de las enfermeras con las auxiliares de enfermería, buscando el mantenimiento de una buena relación de cooperación con el fin de crear un buen clima laboral (Santos et al., 2012).

En cuanto a la manera en que se gestionan los profesionales sanitarios y las tareas llevadas a cabo dentro del centro sanitario se pueden encontrar diferentes funciones dependiendo del nivel profesional. Así, según González, Castaño, González y González (2010) serían las siguientes:

Tabla 1. Funciones y gestión

Nivel	Gestión	Tipo de función	Tipo de control
Alta dirección	Estrategia	Qué hacer	Global
Mando superiores	Táctica	Cómo hacer	Funcional
Mandos intermedios	Funcional	Mandar hacer	Operacional
Ejecutantes	Operativa	Hacer	Detallar

Adaptado de Moreno (2015)

De forma general, entre las funciones que desempeñan los TCAE en los servicios sanitarios están relacionadas con las siguientes actividades (Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (2016):

- Atender la demanda de los pacientes (timbres), y siempre que sea posible adelantarse a ella.
- Cambios posturales en los horarios establecidos.
- Vaciado de las bolsas de diuresis.
- Limpieza de los utensilios que dejen de utilizarse (bombas, cuñas etc.).
- Limpieza y reposición del carro de parada, cada vez que sea utilizado.
- Reposición por turno.
- Limpieza y orden de las superficies de trabajo por turno.

Según el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (2016) las características generales para la atención del paciente son:

- Respetar las diferencias y prestar una atención en condiciones de equidad.
- Comprender y respetar la intimidad de las personas.
- Mantener la confidencialidad como principio general.
- Amabilidad como señal de profesionalidad y respeto.

Por otro lado, según dicho informe, la atención sanitaria debería de ser continuada y con trabajo en equipo, información a los usuarios y respeto a la autonomía de éstos. No obstante, las funciones de los TCAE son muy extensas y varían en función del servicio donde se encuentren, sin embargo, el Servicio de Urgencias constituye el área donde se reúnen todas ellas, ya que se entra en contacto con todas las patologías susceptibles de atención y en el que se ponen en práctica todos los conocimientos adquiridos (Justo, 2013).

El TCAE, en colaboración con el enfermero y el médico conforman el equipo que atiende al paciente hasta el momento del alta o el traslado de unidad. Por lo general, es éste quien recibe al paciente en urgencias y su papel más relevante se desarrolla con los usuarios con dependencia total o parcial. Así,

este profesional es el responsable de la higiene o la alimentación de cada paciente, por lo que es el personal más cercano a las necesidades fisiológicas de cada paciente (Justo, 2013).

Objetivo

El estudio que se presenta pretende establecer un perfil sociodemográfico y laboral del personal de Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería.

Metodología

Para alcanzar el objetivo marcado se procedió al análisis de los datos a través del programa estadístico SPSS en su versión 22.0. Se realizó un estudio descriptivo consistente en el análisis de la información porcentual proporcionada, ya que el fin era el de describir sistemáticamente hechos y características de la una población dada de forma objetiva y comprobable (Balluerkay Vergara, 2002).

Para la recogida de datos se llevó a cabo la implementación del cuestionario sobre variables sociodemográficas y laborales a través de una plataforma web que permitía la cumplimentación online por parte de los sujetos.

El análisis descriptivo se realizó mediante un estudio de frecuencias y porcentajes.

Resultados

Los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario se organizan en primer lugar en torno a la información que hace referencia a la edad, al género y estado civil. Además, se recogía información acerca de cuestiones laborales como la experiencia, situación laboral, lugar y centro de trabajo, el tipo de atención sanitaria y centro de trabajo, área hospitalaria y turno de trabajo.

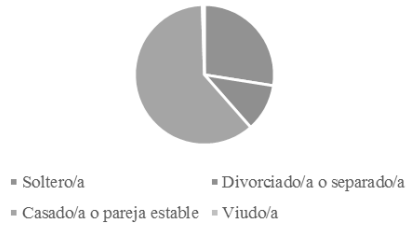
Como se puede observar en el Gráfico 1 predominaba el género femenino con un 91,7%, frente al masculino (8,3%). En lo que se refiere a la edad, la media se situaba en 36 años para el sexo masculino y la media de edad de las mujeres participantes era de 40 años.

Gráfico 1. Género



En cuanto al estado civil de los participantes (Gráfico 2), casi la totalidad de ellos (99,5%) se encontraba casado/a y/o con pareja estable, el 38,5% estaba divorciado/a o separado/a y solo un 27,5% estaba soltero/a.

Gráfico 2. Estado civil



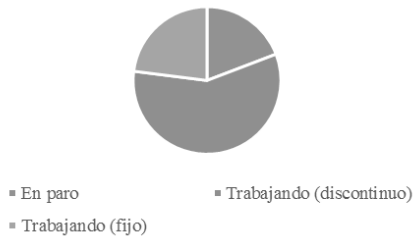
Atendiendo a las características laborales, gran parte de los TCAE tenían experiencia laboral (90,2%) y tan solo el 9,8% manifestaba no tener experiencia en el trabajo (Gráfico 3).

Gráfico 3. Experiencia laboral



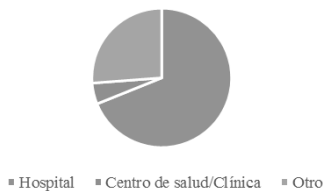
En lo que se refiere a la situación laboral, más de la mitad (57,8%) eran trabajadores discontinuos mientras que un 23% tenían un contrato fijo, el 19,2% se encontraba en situación de desempleo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Situación laboral



En el Gráfico 5 se puede observar la clasificación de los TCAE en cuanto al lugar donde desempeñaban su trabajo. Así, un 68,9% trabajaba en un hospital, un 4,9% lo hacía en un centro de salud o clínica y un 26,2% desempeñaba su trabajo en otros centros sanitarios.

Gráfico 5. Lugar de trabajo



Atendiendo al carácter público o privado del centro de trabajo, la mayoría (71,4%) trabajaba en un centro público y el 28,6% lo hacía en un centro privado (Gráfico 6).

Gráfico 6. Tipo de centro de trabajo



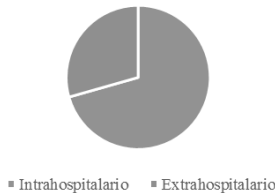
Con respecto a la atención sanitaria prestada, casi la totalidad de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (99,1%) prestaba atención especializada mientras que casi un 40% trabajaba en atención primaria (Gráfico 7).

Gráfico 7. Atención sanitaria



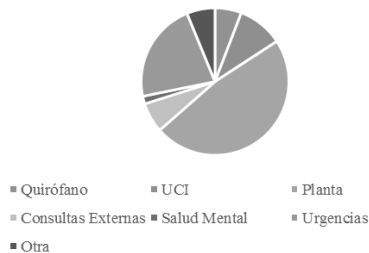
En relación al centro de trabajo, un alto porcentaje (70,6%) lo hacía en un centro intrahospitalario mientras que casi un 30% se clasificaba como extrahospitalario (Gráfico 8).

Gráfico 8. Tipo de centro de trabajo



En relación al área hospitalaria, casi un 50% de los TCAE pertenecía al área de planta, un 22,2% desarrollaba su trabajo en el área de urgencias, el 10% en la Unidad de Cuidados Intensivos, casi el 6% en quirófano, aproximadamente el 7% lo trabajaba en el área de consultas externas y casi un 2% en salud mental (Gráfico 9).

Gráfico 9. Área hospitalaria



Finalmente, con respecto al turno de trabajo, un alto porcentaje (78,1%) tenía turnos rotativos (mañana, tarde, noche, descanso), trabajaban solo de mañana un 19%, el 0,3% y 2,6% tenían turnos de 24 horas y solo noches respectivamente.

Discusión/Conclusiones

Con todo lo expuesto anteriormente, el colectivo de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería posee competencias específicas tanto propias como en colaboración con otros profesionales. Sin embargo, las competencias que desarrollan pueden ser ambiguas pudiendo llegar a presentarse cierto intrusismo en la realización de su propio rol fundamentalmente técnico (Justo, 2013).

Como queda demostrado en el estudio que se presenta y en consonancia con investigaciones previas sobre las características sociodemográficas de los TCAE, se puede verificar una mayor presencia de mujeres en la profesión.

Dada la relevancia de la profesión, sería conveniente el desarrollo de trabajos que permitan conocer de una manera exhaustiva el perfil tanto sociodemográfico como laboral de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Referencias

- Bustos, R., y Carrizosa, M. D. (2010). Satisfacción laboral de enfermería en unidades de hospitalización médico-quirúrgica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Revista de Administración Sanitaria*.
- Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (2016). *Responsabilidad y funciones de la auxiliar de enfermería*. Servicio Andaluz de Salud.
- Alves, P. C., Neves, V. F., De la Coleta, M. F., Oliveira, A. F. (2012). Evaluation of well-being at work among nursing professionals at a University Hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(4), 701-709.
- Amezcu, M. (2008). Index y la construcción de una Comunidad de Conocimiento Abierta. *Index de Enfermería* 16(3), 7-10.
- Bernabeu-Mestre, J., Carrillo-García, C. Galiana-Sánchez, M. E., García-Paramio, P., y Trescastro-López, E. M. (2013). Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enfermería Clínica*, 23(6), 284-289.
- Bernalte, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 37, 328-334.
- Beltrán-Salazar, Ó. (2006). Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 24(2), 144-150.
- Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica*. Alicante: CECOVA.
- Hernández, J. M. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hernández, F. (Ed.). (1996). *Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Síntesis.
- García, C. y Martínez, M. L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.
- González, C., Martínez, F. (Eds.) (2010). *La transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia*. Granada: Comares.
- Kalisch, J., Begeny, S., y Neumann, S. (2006). The image of the nurse on the internet. *Nurs Outlook*, 55(4), 182-8.
- Santos, J., Lima, M., Klock, P., y Erdmann, A. (2012). Conceptions of nurses on management of care in an emergency department-descriptive exploratory study. *Brazilian Journal of Nursing*, 11.
- Instituto Nacional de Estadística (ES). Base de datos de Profesionales Sanitarios Colegiados 2011. Extraído de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416/a2011/&file=pcaxis>
- García, A., Moro, M. N., Medina, M. (2010). Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist*, 25(4), 207-14.

García, I. y Gozalbes, E. (2013). Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 30, 304-314.

Justo, S. (2013). La importancia del TCAE en el servicio de Urgencias. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*.

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Principales alternativas metodológicas y diseños en Psicología. Una perspectiva general. En N. Balluerka y A. I. Vergara (Coord.), *Diseños de investigación experimental en Psicología. Modelos y análisis de datos mediante el SPSS 10.0* (pp. 5-10). Madrid: Pearson Educación.

Moreno, M. T. (2015). *Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería*. Trabajo Fin de Grado. Universidad Pública de Navarra.

Hospital Universitario Morales Meseguer (ES) (2010). Memoria 2009 Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Pedrosa, O., Fontanella, J., y Royo, C. (2014). Características de la Profesión Enfermera en el Contexto Español a Partir de la Experiencia de las Enfermeras Docentes. *FRONTEIRAS: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 3(3), 80- 101.

CAPÍTULO 31

Innatismo moral o Moral aprendida, un cambio (necesario) de perspectiva en el Desarrollo Moral

M^a del Pilar Quiroga Méndez

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca

Introducción

En el tema del innatismo moral encontramos ausencia de publicaciones en lengua española, y una tendencia en nuestro idioma a seguir utilizando las categorías de Piaget y Kohlberg para los estudios de desarrollo moral, a pesar de haber sido criticados desde la perspectiva de género (Gilligan, 1982) y en la actualidad ampliados los constructos del desarrollo moral desde los autores cognitivos, evolucionistas, evolutivos y las aportaciones de la neurociencia. Los componentes instintivos de la reciprocidad (Suchak y de Waal, 2012) la cooperación (Richerdsen y Boyd, 2003), el altruismo (De Waal, 2009), y la justicia (Gray, 2014; McAuliffe, Jordan, y Warneken, 2015; Meristo y Surian, 2013; Rottman, Kelemen, y Young, 2014; Sheskin, Bloom, y Wynn, 2014; Schmidt, Rakoczy, y Tomasello, 2012) parecen tener su origen en nuestra especie social, que para sobrevivir ha de cambiar o al menos matizar los principios de competencia y supervivencia del más apto, por características ligadas a la empatía y al altruismo de parentesco (Haidt, 2006). En la actualidad un cuerpo importante de investigación científica, procedente de la moderna ciencia cognitiva, está confluyendo en la afirmación de la existencia de un innatismo moral, dando paso con ello a la creación de un nuevo paradigma (Greene, 2009, 2015, 2017).

Objetivo

El objetivo de este trabajo estriba en clarificar los extremos del nuevo paradigma de desarrollo moral para hacerlo extensivo a las publicaciones en el área, señalando el vacío en nuestro idioma de esta perspectiva fundamental para la comprensión del desarrollo moral humano.

Metodología

Las bases de datos utilizadas han sido EDS (Multibuscador de recursos electrónicos), PsycInfo, y PsicoDoc. Los descriptores han sido: Moral development, Moral development and children, Moral development Theory, Moral Development and Kohlberg Theory.

Resultados

En la Base de datos denominada EDS, las publicaciones correspondientes al descriptor Moral Development, han sido 2.362.646. De ellas 633.151 lo han sido entre los años 2013-2017, ya que la revisión anterior ya estaba realizada en un artículo previo (Quiroga, 2013) siendo un 26% del total (370.256), y de ellas un 15% (370.256) en los últimos años desde el 2015 al 2018. Esto significa un aumento y aceleración en las publicaciones sobre desarrollo moral. Solamente en los últimos dos años se han aportado el quince por ciento de los trabajos realizados en las décadas anteriores. Efectivamente, muchos autores están de acuerdo en que en la última década se ha producido una refundación de esta área de conocimiento con aportaciones desde todas las disciplinas afines filosofía, cognición, psicología social, conducta prosocial, juegos económicos, y desde la propia psicología del desarrollo con sus propias metodologías (Greene, 2015).

Sobre el tipo de soporte encontramos un 42,37% publicaciones académicas; 31% libros; 22,3% libros electrónicos, un 10,4 % noticias y 7,74 % en revistas. El tema, si bien puede ser interesante en su

vertiente divulgativa, requiere por su complejidad un formato académico. Este mismo análisis en los últimos dos años ofrece un resultado en el que las publicaciones académicas disminuyen a un 39,5%; aumentando la proporción de libros (38,4%) y libros electrónicos (31%), con una cantidad similar de publicaciones como noticias (10,8%) y muy disminuida en revistas (4,22%).

En esta base de datos encontramos un abrumador 91,30% de publicaciones en lengua inglesa (1.949.342) frente a un 0,4% de publicaciones en español (8.933). En los últimos dos años esta proporción se mantiene con el 93,39% de lo publicado en inglés, frente a un 1,64% en alemán y un 0,81% en español. Estos datos parecen indicativos de la situación de absoluto dominio de las publicaciones en lengua inglesa que no dejan de crecer, mientras que la presencia de trabajos en lengua española es claramente residual.

Analizando y afinando la búsqueda según los diferentes descriptores relativos a la concreción del tema que nos ocupa (Moral Development and Children) tendríamos 1.244.811 artículos, un 52,7% del global de la producción. De ellos un 93,6% en inglés, y un 0,18% en español. Este dato nos informa de lo exiguo de los resultados en español para un área tan importante, y de tanta repercusión en el desarrollo humano como el desarrollo moral.

Respecto a los datos en el descriptor de análisis y conceptualización de los aspectos teóricos en desarrollo moral (Moral Development theory) tenemos 1.309.625, un (55,43%), señalando como la mitad del total de las publicaciones se refieren a temas de fundamentación teórica. Comparándola con la proporción de publicaciones en español y en inglés nos encontramos con un 93,8% frente a un 0,29% de trabajos en español. Vemos como disminuye en lengua hispana incluso en proporción, señalando una disminución relativa del interés por los aspectos teóricos.

En la base de datos PsycInfo, encontramos 8,395 publicaciones desde el inicio, 1,049 desde el año 2013, y 583 en los últimos dos años. El 6,9% en los últimos dos años, y el 5,5% en los cuatro años anteriores, mostrando al igual que en la anterior base de datos una aceleración de la producción en los últimos años, que nos indica la fortaleza de esta área de estudio. En la revisión que nos muestra las publicaciones en español, encontramos 77 trabajos, que serían un 0,9% de la producción mundial según presencia en las fuentes APA, un 0,57% en los últimos cuatro años y un 0,51% en los últimos dos años. Los trabajos sobre desarrollo moral en las bases de datos de la APA presentan una escasa productividad en nuestro idioma.

En la tercera base de datos utilizada, Psycodoc, encontramos 680 documentos. Estos resultados son decepcionantes, tanto por productividad como por el contenido, ya que en ninguno de ellos encontramos los tópicos habitualmente utilizados para las nuevas descripciones del desarrollo moral apareciendo aspectos repetidos y de escaso interés para la investigación, y señalando una enorme distancia con los tópicos de investigación internacional sobre desarrollo moral.

Discusión/Conclusiones

Los datos obtenidos nos indican los pocos cambios que se han dado en esta área en el panorama español, y la escasa permeabilidad para que penetren en los espacios de investigación de habla española los contenidos más innovadores de desarrollo moral. No existen trabajos traducidos, y se continúa utilizando la teoría de Piaget/Kohlberg como única referencia, tanto en documentos teóricos como aplicados. En nuestro anterior trabajo señalábamos las principales áreas de análisis que estaban conformando el nuevo paradigma del desarrollo moral, con base en el innatismo moral (Quiroga, 2013). En la actualidad existe una evolución en las sucesivas publicaciones en lengua inglesa, y ninguna influencia en absoluto en los trabajos en español, que continúan fijados en conceptos previos.

El cambio de paradigma

Los aspectos más novedosos eran aquellos en los que se señalaba cómo el nuevo paradigma de desarrollo moral constituía un cambio radical frente a la perspectiva que la psicología había clásicamente mantenido. Por debajo de las evidentes diferencias de planteamiento, todas las teorías clásicas de

desarrollo moral (Piaget y Kohlberg, Freud, Ausubel, Milgran, y Zimbardo) comparten el considerar que la naturaleza humana es esencialmente negativa, y la moral aparece posteriormente para contrarrestar, o desplazar un proceder humano netamente asocial y egoísta. Darwin a finales del siglo XIX, insiste en que el sentido moral es el resultado natural de la evolución, y De Waal en la actualidad, señala que ya en los primates se observan actitudes instintivas que hacen la supervivencia más sencilla y promueven la preservación de la especie (De Waal, 2009, 2014, 2015). En ese sentido lo moral no sería una superestructura que aparece para frenar el egoísmo, sino que son factores morales innatos y esenciales, los que harían al ser humano más social. Solamente hemos podido progresar como especie por medio de la empatía, el altruismo, y todo aquello que refuerza nuestra afiliación. Con la preeminencia de comportamientos agresivos, egocéntricos e individualistas frente a nuestra propia comunidad, hubiéramos desaparecido.

Desarrollo moral en la primera infancia

Los trabajos sobre desarrollo social sugieren que mucho antes de lo que podríamos suponer los niños de seis y de diez meses, parecen hacer evaluaciones sobre las personas basadas en la naturaleza de las acciones sociales que estas llevan a cabo, eligiendo masivamente a los sujetos que ayudan y rechazando los que no hacen (Hamlin, Wynn, y Bloom, 2007), (Bloom y Wynn, 2017). Para Wynn (2008) estas evaluaciones tempranas proveen las bases necesarias para el desarrollo de un sistema de cognición moral. Las evaluaciones sociales tempranas suponen una capacidad universal y no aprendida, ya que estos comportamientos comienzan a tan temprana edad que no pueden ser derivados del razonamiento superior (Haidt y Kesebir, 2010). Más bien parece que existe una especie de sistema moral perceptivo innato de muy temprana emergencia, que crea un afecto negativo hacía los que dañan y un afecto positivo hacía los que ayudan.

Según Spelke los niños llegan al mundo con un sistema de percepción física innato que tiende a organizar el mundo circundante en dos categorías diferentes, animado e inanimado. Existen dos vías de procesamiento diferente para la información sobre objetos y sobre agentes sociales, los niños muy pequeños tratan a los humanos de forma diferente a otras entidades, incluso en los primeros días de vida (Spelke, 1990, 1995; Wynn, 2008). Existe una distinción desde los primeros meses del mundo social y del mundo físico, eso supone la existencia de dos módulos cognitivos aislados con interpretación de acciones e interacciones en función al impacto negativo o positivo sobre otros seres sociales. Estas tempranas evaluaciones son los análisis más precoces de nuestro mundo social, y pueden servir como la base inicial para un sistema de cognición moral que se construirá posteriormente.

Smetana, en un estudio ya clásico demostraba que los niños desde muy temprana edad eran capaces de distinguir entre moralidad y convicción social (Smetana, 1981; Smetana, Killen, y Turiel 1991) Niños de dos años y medio sabían que romper las normas cotidianas no estaba bien, pero causar daño era mucho peor. Las normas podían cambiarse, pero pegar o robar estaba siempre mal independientemente del contexto e incluso aunque fuera ordenado por los profesores. Gopnik destaca que niños de diferentes países tiene las mismas percepciones, e incluso los niños que han sufrido maltrato piensan que está intrínsecamente mal hacer daño (Gopnik, 2009). Con solo tres años responden como los adultos al dilema del tranvía (Milkhail, 2011, 2014) y a los cuatro y cinco años usan un principio de proporcionalidad para determinar el nivel de castigo correcto mostrando comprender los matices de la negligencia y la restitución (Finkel, Liss, y Moran, 1997). A los siete años ya presentan sentido de la equidad y de la justicia (Gold, Darley, Hilton, y Zanna, 1984). Estos resultados son compatibles con los que nos muestran cómo el desarrollo de la empatía se produce en los primeros meses de vida, y el altruismo surge mucho antes de lo que hubiéramos imaginado. Warneken y Tomasello (2006) encontraron que en niños de dieciocho, e incluso de catorce meses ya se observan con claridad comportamientos de ayuda sin obtención de un beneficio inmediato, revelando que los niños humanos parecen ser son naturalmente empáticos, serviciales, y generosos.

La capacidad moral emergente y el periodo crítico

La psicología evolutiva requiere que se expliquen no solamente las diferencias en el desarrollo humano, sino también las semejanzas, así como todos esos aspectos que aparecen sin apenas participación de la conciencia o incluso en contradicción con ella. El nuevo paradigma explica la comunalidad moral de nuestra especie a través del símil del lenguaje por el cual la moral sería una adaptación evolutiva de estructura común y variaciones culturales. La moralidad se convierte en una de las características de especie y por tanto se entiende más como capacidad emergente que aprendida, aunque requiera incuestionablemente del moldeamiento del contexto y la cultura. La intuición moral sería una capacidad a la vez derivada del medio social e innato, que se despliega a través del llamado *proceso de externalización* (Haidt, Bjorklund 2008). Existe una primacía madurativa respecto a lo propuesto por el ambiente, funcionando este como un mero regulador o desencadenante del proceso (Mehler y Dupoux, 1990). Solamente cuando el modelo cognitivo se ha externalizado puede ser moldeado y refinado por normas sociales y culturales que se mostrarán con las variaciones propias de los pueblos y los individuos.

No existe función psicológica de ningún tipo, y por tanto tampoco moral, hasta que no se ha producido la maduración suficiente para que esta aparezca. Pero paralelamente a su externalización la cultura modifica, enriquece o suprime la emergencia de las intuiciones morales para crear una moralidad específica a través de *la pérdida selectiva*, que opera a través de la inmersión en las costumbres y la socialización entre pares (Haidt, 2001). La pérdida selectiva se comprende perfectamente mediante la metáfora de la adquisición de los fonemas del lenguaje, nacemos con la habilidad para distinguir cientos de sonidos pero la perdemos después de la exposición al lenguaje propio. Así un niño nace preparado para desarrollar intuiciones morales alrededor de tres contenidos éticos: ética de la autonomía (protección), ética de la comunidad (familia, nación y colectividad, legalidad, modestia, autocontrol) y la ética de la divinidad (espiritualidad, piedad y pureza) (Shweder, 1997), el ambiente en el que crezca pondrá mayor énfasis en unos u otros de estos aspectos.

El periodo crítico en el que la pérdida selectiva para el contenido moral sucede está por determinar. La mielinización del cortex frontal sucede desde los siete a los quince años, por lo cual puede ser este el periodo sensitivo (Haidt, Bjorklund 2008). Al ser el área prefrontal la implicada más frecuentemente en el juicio y el comportamiento moral, se sugiere que puede ser la adolescencia más que la infancia, el periodo crítico para el aprendizaje moral. Este extremo estaría apoyado por el trabajo de Minoura que establece un periodo crítico antes de los 9 años para el aprendizaje emocional sobre normas y cultura, (Minoura, 1992). Por otra parte la explosión neuronal y la segunda configuración cerebral terminan en torno a los 21 años (Giedd, 2008), y los estudios en niños nos señalan la aparición de contenidos que podríamos definir como protomorales en menores de un año. Todo ello confunde y hace muy complicado establecer en la actualidad un periodo crítico, sabiendo quizás que seguramente pueda existir una desincronía en la aparición de los diferentes contenidos o universales morales.

Los Universales morales como contenidos de la moral

El sentido moral puede estar arraigado en el diseño del cerebro humano. Todo hace pensar que existen algunos principios automáticos que aparecen rápidamente cuando se valoran las opciones en cada situación, lo cual indica que muy probablemente el sentido moral es constitutivo de nuestro diseño cerebral. Parece que existe un lenguaje moral innato que compite con otros que no están dedicados específicamente al juicio moral. Se trataría de un núcleo moral de competencia, que se organiza a través de un conjunto de reglas normativas (Green, 2005). Son muchos los autores que en las últimas décadas consideran la existencia de esa gramática universal (Pinker, 2010; Brown, 1991; Dwyer, 1999; Harman, 2000, 2008; Hauser, 2006; Mikhail, 2007, 2008, 2011; Mikhail, Sorrentino, y Spelke, 1998; Roeder y Hartman, 2010; Cowie, 1999). El problema de los universales morales pasa por explicar los contenidos, la adquisición, el uso, la configuración neuroanatómica y cómo es su desarrollo evolutivo individual y filo genético.

Las diferentes aportaciones para describir los universales morales son las que señala Pinker y Haidt (Haidt, 2007), ambos fundamentan sus elecciones en taxonomías previas. El primero en el antropólogo Brown (1991), y el segundo en Shweder (1997) y Fiske (1991). Mientras que Pinker se refiere a: distinción entre bien y mal, empatía, justicia, admiración y generosidad, derechos y obligaciones, condena del asesinato, rapto y otras formas de violencia, sanciones, vergüenza y tabúes; Haidt señala: Daño, Justicia y equidad, Filiación y lealtad, Autoridad y respeto, Pureza y santidad (Haidt y Joseph, 2004). Estos principios se aplican a través de una serie de intuiciones cargadas emocionalmente que surgen de manera rápida y automática (Haidt, 2010).

Intuicionismo moral

Frente a los modelos que entendían la moral desde el razonamiento, una serie de autores, Green, Haidt, Pinker, Hauser, Gazzaniga, Pizarro, Nichols, Dwers, Mikhail, Bloom, Wynn, Carey, Cushman, Prinz, Doris, y Carruthers; están configurando un nuevo paradigma de comprensión del desarrollo moral a partir del cuestionamiento de la primacía del razonamiento moral a favor de la intuición moral. La mente humana está compuesta por un sistema afectivo antiguo, automático y rápido; y un sistema cognitivo filogenéticamente más nuevo, pero también más lento y motivacionalmente más débil. Después de emitir un juicio moral, el razonamiento crea todos los argumentos posibles para justificar actuaciones cuyos verdaderos orígenes le son desconocidos. Es un sistema que habitualmente funciona *a posteriori*, referido al denominado problema post-hoc o la capacidad que tiene el razonamiento para construir justificaciones de sus juicios intuitivos, causando así la ilusión de razonamiento objetivo (Haidt, 2007). Este automatismo permite su aparición en edades muy tempranas, aunque no exista entonces la justificación subsecuente.

El intuicionismo moral es compatible con las modernas teorías de procesamiento dual, que sostienen la existencia de dos sistemas de procesamiento funcionando a la vez cuando se realizan juicios sobre problemas morales, de forma que es posible llegar sobre un mismo problema a conclusiones diferentes. El procesamiento intuitivo se activa de forma habitual ya que es el mecanismo de resolución rápida, fácil y holística. Cuando aparece algún conflicto, o cuando la situación social requiere el examen de otras facetas, es cuando aparece el razonamiento moral (Green, 2009). Damasio observó que hay sistemas cognitivamente disociados que contribuyen al juicio moral, existiendo una especie de *módulo de moralidad* o una especie de centro moral en el cerebro (Green, 2005). Existe una importante disociación entre las contribuciones cognitivas y afectivas, en la toma de decisiones morales. Estas últimas han sido subestimadas por la idea de que el juicio moral es primariamente un juicio racional, Green mantiene que la percepción subjetiva de la moral es más importante que las *verdades objetivas morales* (Green, 2003).

Todo ello nos sitúa en un nuevo paradigma, en un modelo innatista en el cual se puede observar con asombro, la aventura de cada niño humano reproduciendo los mismos mecanismos morales desde la primera infancia con los que hemos sobrevivido exitosamente durante miles de años como especie lejos de las posturas racionalistas previas.

Referencias

- Bloom, P., y Wynn, K. (2016). What develops in moral development? In D. Barner y A. Baron (Eds.), *Cognitive Development and Conceptual Change*. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, D.E. (1991). *Human universals*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cushman, F.A., y Greene, J.D., (2011). Finding faults: How moral dilemmas illuminate cognitive structure. In: J. Decety and J. Cacioppo, ds. *Handbook of Social Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Cushman, F.A., Young, L., y Hauser, M.D. (2006b). *The Role of Reasoning and Intuition in Moral Judgments: Testing three principles of harm*. *Psychological Science*, 17(12), 1082-1089.
- De Waal, F. (1996). *Good natured: The origins of right and wrong in humans and other animals*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- De Waal, F. (2009). *La edad de la empatía*. Barcelona: Tusquets
- De Waal, F. (2014). Natural normativity: The 'is' and 'ought' of animal behaviour *Behaviour*, 151, 185-204.

- De Waal, F. (2015). Emotion regulation and primate sociality. *Self-Regulation in Adolescence*, 147-170.
- Dwyer, S. (1999). Moral competence. In K. Murasugi and R. Stainton (Eds.). *Philosophy and Linguistics*. Westview Press.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. In P. Ekman y R. Davidson (Eds.). *The Nature of Emotion* (pp. 15-19). New York: Oxford University Press.
- Finkel, N.J., Liss M.B., y Moran, V.R. (1997). Equal or proportional justice for accessories? Children's pearls of proportionate wisdom. *Journal of Applied Development Psychology*, 18(2), 229-244.
- Fiske, A.P. (1991). Structures of social life. New York: Free Press. doi:10.1073/pnas.0807060105.
- Giedd, J.N. (2008). The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of adolescence health*, 42(4), 335-343.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gold, L., Darley, J.M., Hilton, J.L., y Zanna, M.P. (1984). Children's perceptions of procedural justice. *Child Development*, 55, 1752-1759.
- Gopnik, A. (2009). *The philosophical baby: what children's minds tell us about truth, love, and the meaning of life*. N York Farrar, Straus and Giroux.
- Graham, J., Haidt, J., y Nosek, B. (2009). Liberals and conservatives rely on different sets of moral foundations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 1029-1046.
- Graham, J., Nosek, B. A., Haidt, J., Iyer, R., Koleva, S., y Ditto, P. H. (2010). (submitted). *Mapping the Moral Domain*. (under review at JPSP).
- Gray, K. (2014). Harm concerns predict moral judgments of suicide: Comment on Rottman, Kelemen and Young (2014). *Cognition*, 133(1), 329-331.
- Greene, J. (2005). Cognitive neuroscience and the structure of the moral mind, in *The Innate Mind: Structure and Contents*, S. Laurence, P. Carruthers., and S. Stich. Eds., Oxford University Press, New York.
- Greene, J. D. (2017). The rat-a-gorical imperative: Moral intuition and the limits of affective learning. *Cognition*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cognition.2017.03.004>.
- Greene, J., y Haidt, J. (2002) How (and where) does moral judgment work? *Trends in Cognitive Sciences*, 6(12), 517-523.
- Greene, J.D. (2003). From neural "is" to moral "ought": what are the moral implications of neuroscientific moral psychology? *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 847-850.
- Greene, J.D. (2009). Dual-process morality and the personal/impersonal distinction: A reply to McGuire, Langdon, Coltheart, and Mackenzie. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(3), 581-584.
- Greene, J.D. (2009). The cognitive neuroscience of moral judgment, in *The Cognitive Neurosciences IV*, M.S. Gazzaniga, Ed. MIT Press, Cambridge, MA.
- Greene, J.D. (2015). The Rise of Moral Cognition. *Cognition*, 135, 39-42.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*. 108, 814-834.
- Haidt, J. (2006). *La hipótesis de la felicidad*. Barcelona: Gedisa.
- Haidt, J. (2007). The new synthesis in moral psychology. *Science*, 316, 998-1002.
- Haidt, J., y Bjorklund, F. (2008). Social intuitionists answer six questions about moral psychology. In W. Sinnott-Armstrong (Ed.), *Moral Psychology, 2: The Cognitive Science of Morality: Intuition and Diversity*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Haidt, J., y Joseph, C. (2004). Intuitive Ethics: How Innately Prepared Intuitions Generate Culturally Variable Virtues. *Daedalus*, 55-66.
- Haidt, J., y Joseph, C. (2007). The moral mind: How 5 sets of innate moral intuitions guide the development of many culture-specific virtues, and perhaps even modules. In P. Carruthers, S. Laurence, and S. Stich (Eds.) *The Innate Mind*, Vol. 3. New York: Oxford.
- Haidt, J., y Kesebir, S. (2010). Morality. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology*.
- Hamlin, J. K., Wynn, K., y Bloom, P. (2007). Social evaluation by preverbal infants. *Nature*, 450, 557-560.
- Harman, G. (2000). *Explaining Value and Other Essays in Moral Philosophy*. New York: Oxford University Press.
- Harman, G. (2008). Using a linguistic analogy to study morality. In W. Sinnott-Armstrong (ed.), *Moral Psychology, 1*, 345-352.

- Harris J. R. (1995). Where Is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102(3), 458-489.
- Hauser, M. (2006). *Moral Minds: How Nature Designed a Universal Sense of Right and Wrong*. New York: Ecco Press/Harper Collins.
- McAuliffe, K., Jordan, J. J., y Warneken, F. (2015). Costly third-party punishment in young children. *Cognition*, 134, 1-10.
- Meristo, M., y Surian, L. (2013). Do infants detect indirect reciprocity? *Cognition*, 129(1), 102-113.
- Metcalf, J., y Mischel, W. (1999). A hot/cool system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review*, 106, 3-19
- Mikhail, J. (2007). Universal moral grammar: Theory, evidence, and the future. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 143-152.
- Mikhail, J. (2008). The poverty of the moral stimulus. In W. Sinnott-Armstrong (ed.), *Moral Psychology, volume 1*, pp. 353-360. MIT Press.
- Mikhail, J. (2011) Moral Grammar and Human Rights: Some Reflections on Cognitive Science and Enlightenment Rationalism in *Understanding Social Action, promoting human rights.*, Goodman R, Jinks D, y Woods A. K., eds., Oxford University Press.
- Mikhail, J. (2011). *Elements of Moral Cognition: Rawls's Linguistic Analogy and the Cognitive Science of Moral and Legal Judgment*. Cambridge University Press.
- Mikhail, J. (2014) "Any animal whatever?" Harmful battery and its elements as building blocks of moral cognition. *Ethics*, 124, 750-786.
- Minoura, Y. (1992). A Sensitive Period for the Incorporation of a Cultural Meaning System: A Study of Japanese Children Growing Up in the United States. *Ethos*, 20, 304-339.
- Pinker, S. (2010). Recuperado de <http://www.nytimes.com/2008/01/13/magazine/13Psychology-t.html>.
- Quiroga Méndez, M. P. (2013). El Innatismo Moral, un nuevo Paradigma de Desarrollo Moral, aportaciones desde la Cognición y la Neurociencia [The Moral Nativism, a new Paradigm of Moral Development, contributions from the Cognition and Neuroscience]. *Acción Psicológica*, 10(2), 179-188.
- Richerson, P. J., Boyd, R., y Henrich, J. (2003). The Cultural Evolution of Human Cooperation. The Genetic and Cultural Evolution of Cooperation (pp. 357-388). P. Hammerstein ed MIT Press, Cambridge MA.
- Roedder, E., y Harman, G. (2010). Linguistics and moral theory. In J. Doris (ed.). *The Moral Psychology Handbook*, pp. 273-296. Oxford University Press.
- Rottman, J., Kelemen, D., y Young, L. (2014). Tainting the soul: Purity concerns predict moral judgments of suicide. *Cognition*, 130(2), 217-226.
- Schmidt, M. F., Rakoczy, H., y Tomasello, M. (2012). Young children enforce social norms selectively depending on the violator's group affiliation. *Cognition*, 124(3), 325-333.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 25, 1-65. New York: Academic Press.
- Sheskin, M., Bloom, P., y Wynn, K. (2014). Anti-equality: Social comparison in young children. *Cognition*, 130(2), 152-156.
- Shweder, R.A., Much, N.C., Mahapatra, M., y Park, L. (1997). The "big three" of morality (autonomy, community, and divinity), and the "big three" explanations of suffering. In A. Brandt y P. Rozin (Eds.), *Morality and health* New York: Routledge.
- Smetana, J. (1981) Preschool Children's Conceptions of Moral and Social Rules. *Child Development*, 52(4), 1333-1336.
- Smetana, J.G, Killen, M., y Turiel, E. (1991). Children's Reasoning about Interpersonal and Moral Conflicts. *Child Development*, 62(3), 629-644.
- Spelke, E.S. (1990). Cognitive capacities of human infants: Conceptions of object motion. In G. Edelman (Ed.), *Signal and sense: Local and global order in the nervous system*. NY: Wiley.
- Spelke, E.S., Phillips, A.T., y Woodward, A.L. (1995) Infants' knowledge of object motion and human action. In D. Sperber, D. Premack, A. Premack, y (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate*. Oxford University Press.
- Suchak M, de Waal F.B (2012) *Monkeys benefit from reciprocity without the cognitive burden PNAS 2012 109 (38) 15191-15196*.
- Warneken, F., y Tomasello, M. (2006). Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science*, 311, 1301-1303.

Wynn, K. (2008). Some innate foundations of social and moral cognition. In P. Carruthers, S. Laurence y S. Stich (Eds.). *The Innate Mind: Foundations and the Future*. Oxford: Oxford University Press.

Profesionales

CAPÍTULO 32

Desgaste profesional del personal de enfermería en las urgencias hospitalarias

María Ogalla Flores*, Gemma Real OrganvÍdez**, y Cristina MacÍas Villanego***

Eventual SAS*; *Hospital Jerez de la Frontera*; ****Viamed BahÍa de Cádiz*

Introducción

La situación laboral que permanece en la actualidad es de gran complejidad, marcada por la inestabilidad y globalidad. Esta situación deriva en la formación de una serie de condiciones que generan frustración y un elevado nivel de estrés psicológico en los profesionales que ejercen un puesto de trabajo. (Rodríguez y Rivas, 2011).

El trabajo ocupa tiempo y espacio en nuestras vidas, nos ayuda a alcanzar la autorrealización personal y profesional junto a la obtención del sustento económico.

No solo es un medio de sustento, sino que nutre de vivencias y es un vehículo para conseguir la realización personal que todo ser humano necesita. Por otro lado el trabajo puede despertar un sentimiento de aversión, carente de finalidad aparente y vacío, cansino, redundante fatigoso, cometedor y un elemento que aísla al individuo de cualquier tipo de relación social (Alves, Cirera, y Giuliani, 2013).

El término Calidad de Vida en el Trabajo (CVT), empezó a tener importancia a partir de 1990 debido a los cambios que tuvieron lugar en la economía a nivel mundial, ya que una persona sana y complacida en términos laborales, resultaba desarrollar mayor rendimiento y conseguir mejores beneficios en el ámbito de su trabajo. Surge por tanto la necesidad de crear literatura sobre el tema. Entre los autores más relevantes encontramos a (Huse y Cummings, 1985; Nadler y Lawler, 1983; Werther y Davis, 1983; William, 1979; Hackman y Oldham, 1975; Walton, 1973) y en esta misma línea Selye (1930), inventó la definición de trastorno general de adaptación, concepto que posteriormente pasaría a llamarse estrés.

Por otra parte queda recogida la idea de un equilibrio negativo en cuanto a lo que un trabajador necesita para poder realizarse tanto en un ámbito personal como laboral, de manera tanto cualitativa, como cuantitativa y de género. Dicho equilibrio negativo puede desencadenar una serie de trastornos tanto físicos como psicológicos. A dicha idea atañe la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo para definir el estrés laboral.

Posteriormente a mediados de los años 70 en Estados Unidos surge el concepto de “quemarse por el trabajo” (Burnout). El psicólogo neoyorkino Freudenberg (1974), acuñó el término Burnout tras su uso para referenciar la falta de motivación y la desidia total surgida en un grupo de personas que se prestaron a este estudio, en un intervalo de entre uno y tres años. Posteriormente Maslach (1977), expuso esta definición en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos). A pesar de no ser un término definido, está consensuado que este síndrome aparece en individuos en consecuencia de padecer a estrés laboral crónico, debido a unas condiciones complejas que provocan en el individuo un déficit en el estado físico, emocional y/o cognitivo; hecho que conlleva a unas consecuencias indeseadas tanto al trabajador como al resto del personal activo en dicha relación laboral.

El síndrome de burnout ha quedado estructurado en tres dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y baja realización personal (RP). La primera dimensión se refiere a la sensación de falta de energía, la segunda al comportamiento deshumanizado hacia los demás, volviéndose el profesional más pesimista, distante e indiferente, y la tercera alude a la insatisfacción y falta de logros en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981). Según Cañadas-De-la-Fuente et al. (2014), este síndrome afecta a multitud de profesiones de diversa índole, siendo el colectivo de la salud uno de los más afectados.

El síndrome de desgaste está empezando a ser considerada como una enfermedad profesional de alta prevalencia entre los profesionales de enfermería, siendo una de las profesiones sanitarias más propensas al padecimiento del Burnout (Cañadas-De-la-Fuente, Vargas, San-Luis, García, y Cañadas, 2015).

En el personal de enfermería existe un estado de exhaustación emocional por factores como la organización de la jornada laboral, el exceso de trabajo y la interacción reiterativa con el paciente (Clemente, Mayán-Santos, Espinosa, y Gandoy-Crego, 2009; Pereda-Torales, Celedonio, Vásquez, y Yáñez-Zamora, 2009; Lin et al., 2009).

Debido a las evidencias existentes del cansancio emocional que sufre la profesión de enfermería dentro de un ámbito laboral inestable donde prima la sobrecarga de trabajo y la satisfacción laboral queda en un segundo plano, resulta de gran importancia profundizar en la literatura sobre el tema.

Objetivo

Por tanto, el objetivo de este estudio consiste en analizar la bibliografía científica existente sobre el Síndrome de Burnout presente en los profesionales de enfermería con jornada laboral en servicios de urgencias.

Metodología

Realizamos las siguientes acciones para llevar a cabo esta revisión:

Elección del tema, búsqueda de material bibliográfico, seleccionamos de entre todos los hallazgos los registros pertinentes, seguidamente ordenamos temática y cronológicamente y tras ello desarrollamos el trabajo.

Realizamos dicha búsqueda en las siguientes bases de datos científico-sanitarias: PubMed, ScienceDirect, Dialnet, Scielo y en el buscador Google Académico.

La mayor actividad de registros científicos del tema abordado fue encontrada en lengua inglesa y española, por lo que se utilizaron los siguientes marcadores de búsqueda: “Tirednursing”, “Burnout”, “Burnout Syndrom”, “Nursing Burnout”. “Cansancio Enfermería”, “Calidad Vida Laboral”. “Cansancio Enfermería Urgencias”.

Se incluyeron artículos desde el año 1974 hasta 2017.

Resultados

Según estudios realizados por Bernal y Labrador (2006), existe una incidencia en todos los ámbitos laborales del 25%. Esto conlleva a pérdidas de producción, así como por gastos sanitarios. Además de un sufrimiento y un empeoramiento en las relaciones sociales del trabajador.

Fernández, Cuairan y Curbelo (2016), decidieron realizar un estudio descriptivo transversal con análisis correlacional sobre la calidad de vida de enfermeros de urgencias de un hospital público. Midió la motivación de cada individuo, el apoyo de los superiores y la carga laboral, (entre marzo y mayo de 2014).

Se detectó una respuesta alta, quedando evidenciada una calidad de vida profesional baja. Esta se relaciona principalmente con los ítems estudiados, excepto con la carga de trabajo, así mismo una variable influyente sería la edad sociodemográfica de cada individuo.

Durante la revisión bibliográfica apreciamos otro estudio descriptivo transversal llevado a cabo por Galián, Llor y Ruiz (2014), en el cual participaron enfermeros murcianos de urgencia de hospitales de toda la comunidad.

Estos respondieron un cuestionario autoadministrado y se obtuvieron los siguientes resultados: Los enfados por la demora de asistencia o por la falta de información se convierten en situaciones violentas que con frecuencia envuelven a los profesionales de este servicio. Se encontraron diferencias de puntuación reseñables de violencia verbal, en función del tamaño del hospital, así como de la profesión y la práctica de otra actividad. Además de violencia física relacionada con el desempeño laboral en el

mismo puesto durante un largo periodo. En estos individuos la violencia verbal está íntimamente relacionada con la ansiedad laboral, el grado de insatisfacción y el estrés emocional al que se sucumbe en su puesto.

El equipo de Enfermería, según datos recogidos por el Consejo Internacional de Enfermeras, (Ginebra, 2007; Letelier y Valenzuela, 2002), coinciden en que estos sectores de profesionales forman un porcentaje más importante de trabajadores en riesgo de burnout respecto a otras personas que realizan una actividad laboral diferente.

También se centró la búsqueda en obtener información real sobre agresiones a trabajadores sanitarios, ya que la gran parte de estos incidentes no se encuentran registrados en ninguna parte. Los sondeos disponibles obtenidos por Miret y Martínez (2010), obtuvieron datos que reflejaban prácticas agresivas verbales o físicas sobre los profesionales sanitarios con un porcentaje del 60%, afirmando que un 45% de estas prácticas agresivas se originan en un servicio de urgencias. Por otro lado, queda registrado un porcentaje del 25% de las agresiones en el ámbito del trabajo relacionado con los profesionales sanitarios según datos de la Organización Mundial del Trabajo.

Sánchez (2014), realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Utilizaron un cuestionario para valorar el cansancio profesional, llamado cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Dicho cuestionario fue administrado a ochenta y seis enfermeros con un puesto laboral en urgencias. Se obtuvieron resultados sobre los profesionales de enfermería que presentaron un 25,6% de despersonalización y un cansancio emocional alto en un 8,1%.

Se prestó atención a un estudio Delphi de tres rondas a través de la correspondencia electrónica llevado a cabo por un grupo de 40 expertos europeos. El cuestionario de correo Delphi consistió en 52 factores identificados a partir de una revisión de la literatura con el objetivo de identificar factores potencialmente importantes en la explicación del síndrome de burnout en enfermería que hayan sido estudiados o insuficientemente ignorado.

Discusión/Conclusiones

Una urgencia es una situación que puede tener múltiples causas con presencia de diferentes grados de gravedad que requiere de una asistencia sin demora debido al riesgo vital que puede tener esa persona, según la OMS.

Los servicios de urgencias son ámbitos complejos y variables, donde sus profesionales están expuestos a una gran carga estresante, atendiendo a gran cantidad de pacientes a lo largo de la jornada asistencial con la gran responsabilidad que eso supone, sin olvidar la demanda tan exigente que requieren los pacientes y sus familiares y la falta de descanso. Por todo ello se convierten en lugares donde sus trabajadores se encuentran expuestos a padecer cansancio profesional, ya que tienen factores de riesgo pueden ser condicionantes.

Tal como hacía referencia Sánchez (2014), resulta de gran interés conocer datos reales sobre la proporción de individuos de este colectivo sanitario sobre el cansancio profesional para poder prevenir este desgaste por parte de los profesionales de enfermería y actuar frente este síndrome.

La furia en contra de las personas que trabajan en el sector sanitario y el desgaste profesional está siendo un tema relevante en la actualidad sobre todo en los servicios donde se atienden urgencias.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de esas agresiones no constan en ningún sitio, han sido creados registros y protocolos para que quede constancia de estos actos y poder tomar medidas. Estas agresiones ya sean verbales o físicas, conducen a los profesionales a aumentar sus niveles de desgaste.

Los profesionales que padecen este síndrome y por lo tanto se encuentran quemados en su trabajo, tienen un mayor riesgo de realizar agresiones contra sus compañeros incluso contra ellos mismos.

Por lo tanto, las autoridades sanitarias aparte de generar y ofrecer una atención sanitaria de calidad a los usuarios del sistema sanitario, deben de tener en cuenta dentro de sus prioridades que todos los

profesionales sanitarios se encuentren dentro de las mejores condiciones laborales posibles, consiguiendo unos niveles de motivación, satisfacción y seguridad adecuados (Miret y Martínez, 2010).

En el estudio Delphi se llega a la conclusión de que son necesarios más estudios sobre los factores predisponentes a padecer burnout para poder comprender mejor este síndrome y mejorar la calidad de vida de las enfermeras, ya que todos los factores no habían recibido el mismo interés por parte de los investigadores. Entre ellos se encuentra la falta de conocimiento por parte de las tareas que realizan las enfermeras, estereotipo o el exceso de burocracia (Manzano-García y Ayala, 2017).

Fernández, Cuairan y Curbelo (2016), llegaron a la conclusión de que la calidad de vida dentro del ámbito profesional sería mejor percibida por el personal de enfermería que trabaja en urgencias cuando hubiera una mejora en el apoyo directivo. A parte de correlacionarse la calidad de vida laboral con la ayuda y defensa que pueden tener por parte del sector directivo, la calidad de vida también puede estar unida a la motivación intrínseca, aunque no está tan asociada a la carga de trabajo. De la misma forma sería necesario invertir tiempo y recursos para la ayuda de estos profesionales potenciando la adquisición de técnicas de autoprotección, incidiendo en el estado de ánimo con el uso de herramientas útiles para el manejo de las emociones así como de la tensión percibida para evitar perder el control. Al igual que se realizan talleres y cursos formativos sobre técnicas y protocolos específicos hay que considerar de igual o mayor importancia los aspectos relacionados con la salud mental y el bienestar personal que pueden crear debilidad y fragilidad a nivel personal así como en el ámbito profesional (Miret y Martínez, 2010).

Para los autores, Fernández, Cuairan y Curbelo (2016), la edad resulta ser una variable a nivel sociodemográfico que puede afectar a la percepción de la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del servicio de urgencias. Mientras que Sánchez (2014), confirma que tener cuarenta y cinco años o menos de esa edad, supone un factor de riesgo asociado a la presencia de cansancio emocional, así como el hecho de tener trabajados en el mismo puesto laboral unos 8 años o menos. Asegura también que la prevalencia de este síndrome en el personal de enfermería de urgencias es del 50% respecto a la muestra utilizada en su investigación.

Por lo tanto, podemos concluir que el síndrome del desgaste profesional está siendo considerado como un grave problema en salud pública sobre el cual se deben de invertir programas de prevención, formación sobre aspectos psicológicos y psicosociales a los profesionales de enfermería de urgencias, siendo recomendada una ampliación de la bibliografía existente con estudios compuestos por muestras más extensas.

Referencias

- Alves, D., Cirera, Y., y Giuliani, A.C. (2013). Vida con calidad y calidad de vida en el trabajo. *Invenio*, 16(30), 145-163.
- Bernal-de-Quirós-Aragón, M., y Labrador-Encinas, F.J. (2006). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Int J Clin Health Psychol*, 7, 323-335.
- Cañadas-De-la-Fuente, G.A., Albendín-García, L., De-la-Fuente, E.I., San-Luis, C., Gómez-Urquiza, J.L, y Cañadas, G.R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e40015.
- Cañadas-De-la-Fuente, G.A., San-Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I., y De-la-Fuente, E.I. (2014). Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and burnout levels among health workers. *Rev.Lat Am Psicol*, 46, 44-52.
- Cañadas-De-la-Fuente, G.A., Vargas, C., San-Luis, C., García, I., y Cañadas, G.R. (2015). Los factores de riesgo y la prevalencia del síndrome de burnout en la profesión de enfermería. *Int J NursStud*, 52(1), 240-249.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2007). *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*. Ginebra: CIE.
- Del-Sarto, B., Alves, A., y Paixão, J. (2017). El estrés laboral y la insatisfacción con la calidad de vida laboral en enfermería. Texto y contexto. *Enfermagem*, 26 (1), e3940015.
- Fernández, A.M., Cuairan, M., y Curbelo, R. (2016). Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, 15(2), 376-385.

- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *J Soc Issues*, 30(1), 159-165.
- Galián, I., Llor, B., y Ruiz, J.A. (2014). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en urgencias hospitalarias. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*, 26(3).
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C.P., Tsiaousis, G.Z., y Papathanassoglou, E.D.E. (2015). Respuestas psicológicas disfuncionales entre Intensivos Unidad de Cuidados enfermeros: una revisión sistemática de la literatura. *Rev Esc Enferm*, 49(5), 847-57.
- Manzano-García, G., y Ayala, J.C. (2017). Insufficiently studied factors related to burnout in nursing: Results from an e-Delphi study. *PLoS One*, 12(4), e0175352.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*, 2, 99-113.
- Miret, C., y Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193-201.
- Pedro, R., y Gil-Monte. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista electrónica InterAçãoPsy*, 1, 19-33.
- Rodríguez, R., y Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 72-88.
- Sánchez, S. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén. *Revista Enfermería del Trabajo*, 4(4), 115-125.

CAPÍTULO 33

Los efectos del síndrome de burnout en profesionales de la salud: recursos y estrategias para afrontarlo

María José Rueda Godino*, José Antonio Agudo Caballero**, y Juan José Abarca Anguita***

**Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;*

***Residencia Sagrada Familia Villanueva del Duque, Córdoba;*

****Residencia Ilunion Sociosanitaria, Madrid*

Introducción

El estrés forma parte de nuestro día a día, hasta cierto punto que llega a implicar la salud del profesional sanitario tanto en calidad, bienestar personal y satisfacción profesional (Gutiérrez, Celis-López, Moreno, Farias, y Suárez, 2006; López, 2004; Albaladejo et al., 2004; Edward, Burnard, y Coyle, 2000). El síndrome de Burnout es cada vez más frecuente y a la vez menos conocido para poder diagnosticarlo, provocando una afectación tanto a nivel sanitario como a los propios pacientes que mantienen contacto directo (Cebria, Segura, y Corbella, 2001; Ewer et al., 2002; Thommasen et al., 2001; Gil-Monte, 2003; Gil-Monte, 2001; Thomae, Ayala, y Spham, 2006).

Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar la evidencia existente en las consecuencias en salud provocadas del síndrome de Burnout en la salud en los profesionales de la salud.

Objetivos específicos:

- Identificar y definir el Síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería y equipo médico diferenciándolo del estrés.
- Identificar estrategias de afrontamiento, de manera que no perjudique la calidad asistencial así como el propio bienestar personal e interpersonal.
- Analizar los efectos a largo plazo del Síndrome de Burnout en la salud.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente en las que fueron consultadas las bases de datos como Scopus, Dianelt, Pubmed, Cinhal, Cuiden y Scielo desde el año 2001 hasta 2017. De un total de veinte y cinco documentos hemos seleccionado quince documentos por su relación con el tema y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión planteados. Los descriptores utilizados fueron: “síndrome de Burnout”, “profesional de la salud”, “estrés”, “estrategias” y “afrontamiento”.

La selección de los artículos y la elección final de los trabajos se realizó de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos originales y dirigidos sobre el síndrome de Burnout en el profesional sanitario.
- Artículos que estudiaban la exposición al síndrome de Burnout.
- Estudios publicados a textos completo, español, inglés y libre acceso.
- Artículos y revisiones que especifican y aclaran la afectación de síndrome de Burnout.
- Artículos que plantean medidas de prevención, afrontamiento y estrategias.

Se excluyeron aquellos artículos referidos a estudios relacionados con:

- Artículos y documentos duplicados.
- Artículos y estudios con límite en el estudio, no libre acceso y no aplicable sobre los seres humanos.

Resultados

Tras la recopilación de la documentación encontrada se aconseja mantener un contacto social idóneo, pidiendo ayuda tanto a familiares como amigos (Gutiérrez, Celis-López, Moreno, Farias, y Suárez, 2006; Albaladejo et al., 2004). Siendo el contacto social la pieza clave contra el estrés (Gutiérrez, Celis-López, Moreno, Farias, y Suárez, 2006). Obteniéndose a la vez que el deporte favorece un bienestar mental, mejora la psicología junto con una dieta sana y saludable (Cebria, Segura, y Corbella, 2001). Establecer prioridades en el día a día, organizándose el tiempo, ante todo plantearse expectativas que generen bienestar psicológico. Junto a todo esto se deberá plantear uso de intervenciones que además de mejorar y afrontar la situación de manera efectiva pueda aumentar el bienestar personal para garantizar así unos cuidados de calidad.

Por otro lado, en uno de los artículos encontrados nos aporta que el síndrome de Burnout según la OMS está catalogado como un riesgo laboral considerándose para diversos autores que este síndrome afecta más a profesionales que están en mayor contacto directo con el paciente con alta cantidad de cuidados (Gutiérrez, Celis-López, Moreno, Farias, y Suárez, 2006; Escriba, Más, Cardenas, y Burguet, 2000; Gil-Monte, 2003). Esta afectación es un factor que provoca una disminución de la calidad de atención al paciente y falta de compromiso por parte médica (Gil-Monte, 2001). Por tanto que el síndrome de Burnout es un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajador, que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en las prestaciones de servicios médicos y enfermeros asistenciales (Edward, Burnard, y Coyle, 2000; Ewer et al., 2002; Thommasen et al., 2001).

El síndrome de Burnout suma importancia dado que no sólo afecta a la calidad de vida sino también a la salud mental del profesional que lo padece, debido a que en ocasiones puede poner en peligro la vida del sanitario y a los pacientes que son atendidos por ellos (Gil-Monte, 2001; Hernández, Juárez-García, Hernández, y Ramírez, 2005).

En cuanto a los datos epidemiológicos se puede obtener que la prevalencia a nivel enfermero tras la recopilación de diversos documentos son de 30.5-39% y el género más afectado es el masculino. En el ámbito médico es de 48% siendo 59,7 médicos de familia, cirujanos 32% y anestesiólogos 44% demostrándose que a lo largo de la carrera profesional sanitario en cualquier momento de su vida presentan sintomatología de este síndrome (López, 2004; Albaladejo et al., 2004; Cebria, Segura, y Corbella, 2001).

Por consiguiente, los datos que nos pueden informar de este problema son los siguientes que a continuación especificaremos para poder detectar como principales signos de alarmas como son negación de la persona afectada de padecer dicho problema, aislamiento, ansiedad, miedo o temor siendo una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo, depresión, ira con manifestaciones que incluye perder la calma, fuga o anulaciones, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad constante, cargas excesivas de trabajo, comportamientos rigurosos, sensación de estar desbordado, desilusión, abandono de sí mismo y pérdida de memoria o desorganización (Edward, Burnard, y Coyle, 2000; Cebria, Segura, y Corbella, 2001; Escriba, Más, Cardenas, y Burguet, 2000; Thommasen et al., 2001; Gil-Monte, 2003; Hernández, Juárez-García, Hernández, y Ramírez, 2005; Vinaccia y Alvaran, 2003).

En cuanto las manifestaciones mentales son sentimiento de vacío e inutilidad de sí mismo. Se puede apreciar nerviosismo, inquietud, baja concentración y frustración constante, con comportamiento paranoide tanto a los pacientes como a su entorno. Con síntomas de cefaleas, problemas gastrointestinales e incluso insomnio (Escriba, Más, Cardenas, y Burguet, 2000; Thommasen et al., 2001; Hernández, Juárez-García, Hernández, y Ramírez, 2005).

También se muestra en un artículo, que la atención al paciente es la primera causa de estrés, debido al sufrimiento o estrés interpersonal del profesional que se origina por la identificación de angustia del paciente y familias, por el padecimiento del paciente el sanitario lo minimiza en parte cuando no hay solución del proceso de enfermedad como algo frustrante (Cebria, Segura, y Corbella, 2001; Escriba,

Más, Cardenas, y Burguet, 2000; Hernández, Juárez-García, Hernández, y Ramírez, 2005; Vinaccia y Alvaran, 2003).

Entre las consecuencias que se pueden describir son: alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas, sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Con alto nivel de absentismo laboral con situaciones depresivas y aumento de adicciones. En cuanto a los servicios que pueden favorecer con mayor incidencia el número de casos nuevos son servicios como oncología, unidades de cuidados intensivos y urgencias, ya que en estos servicios se necesitan aptitudes que no todos los sanitarios se poseen con una estabilidad emocional y psicológica (Edward, Burnard, y Coyle, 2000; Cebria, Segura, y Corbella, 2001; Escriba, Más, Cardenas, y Burguet, 2000; Thommasen et al., 2001; Gil-Monte, 2003; Hernández, Juárez-García, Hernández, y Ramírez, 2005; Hernández, Juárez-García, Hernández, y Ramírez, 2005; Vinaccia y Alvaran, 2003).

Los diagnósticos que se pueden plantear para las actividades, para formular medidas de afrontamientos frente a este síndrome cada vez más frecuente son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (López, 2004; Albaladejo et al., 2004). En general se puede especificar dos tipos de repercusiones para el profesional y para la institución provocando diversas consecuencias tanto a nivel persona, organizacional, riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas, adicciones, disminución del rendimiento laboral, aumenta la incidencia de mayor error humano en la técnica, etc. (Albaladejo et al., 2004; Edward, Burnard, y Coyle, 2000).

En definitiva, tras la revisión realizada se puede demostrar que las medidas o estrategias que podemos llevar a cabo son: en primer lugar la cuantificación y diagnóstico de este síndrome a través del cuestionario creado por Cristina Maslach de 1986 (Maslach Burnout inventory MBI) (López, 2004; Albaladejo, 2004). Utilizado para medir la intensidad de este síndrome. En segundo lugar se llevara a cabo con medidas de afrontamiento en el ámbito de prevención primaria como son los procesos de adaptación personal, formación, equilibrio de áreas vitales como son el descanso, amigos y familia, limitar la agenda laboral, tiempo adecuado a cada paciente, coordinación entre todo el equipo y mayor apoyo con otros profesionales de la salud (Ewer et al., 2002; Gil-Monte, 2001; Thomae, Ayala, y Spham, 2006; Popp, 2008).

Siendo la principal dificultad para llevar a cabo estas medidas de estrategias es la resistencia de admitir problemas personales. Divididas las estrategias en individuales, grupales y organizacionales. En el nivel individual se aconseja entrenamiento de solución de problemas, asertividad y manejar el tiempo: a nivel grupal con excelencia el apoyo social con el equipo de trabajo y por último a nivel organizacional está el contexto laboral se deberá desarrollar programas de prevención y mejora del clima del trabajo (Ewer et al., 2002; Gil-Monte, 2001; Thomae, Ayala, y Spham, 2006; Popp, 2008).

Otras estrategias son reestructural y rediseñar el lugar de trabajo haciendo participe al personal de la salud de la unidad, estableciendo objetivos claros y mejorar las redes de comunicación interhospitalaria con Atención Primaria o incluso con el centro educativo (Ewer et al., 2002; Gil-Monte, 2001; Thomae, Ayala, y Spham, 2006; Popp, 2008). Además se recomienda dos métodos terapéuticos como son técnica cognitivo conductual y la psicoterapia (Albaladejo et al., 2004; Edward, Burnard, y Coyle, 2000).

Discusión/Conclusiones

Siendo por tanto, el entorno de la persona que sufre este síndrome la pieza clave para poder disminuir y decrecer el problema que se presenta en el sanitario y que en por un lado no quiere reconocer. Poniendo así medidas para poder controlar y prevenir en el comienzo para no generar efectos nocivos que a larga se produce cuando una paciente presenta síndrome de Burnout de forma crónica. Cuyos elementos que se relevan como característicos serían el cansancio emocional, despersonalización, incompetencia personal por falta de realización personal y respuesta negativas hacia sí mismo.

Por todo ello, queremos resaltar la importancia de estudiar con profundidad, el fenómeno de Burnout y de sus factores desencadenantes, ya que estos conocimientos podrían favorecer formar en educación y sobre todo mejorar la calidad de las asistencias sanitarias.

En definitiva, tras la revisión de informaciones revisadas nos aportan que la identificación del síndrome de Burnout como las medidas de afrontamientos adecuadas conduce a una mejora praxis clínica así como mejor relaciones sanitario-pacientes.

Con importancia de evitar la aparición del síndrome es conocer sus manifestaciones por esta razón, los programas de formación son una de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de esta patología. Debiendo ser implantada de manera sistemática y ofrecer con regularidad formación para decrecer así el número de casos que puedan producirse en el futuro.

Referencias

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, 78, 505-516.
- Cebria, J., Segura, J., y Corbella, S. (2001). Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *At Primaria*, 27(1), 459-468.
- Edward, D., Burnard, P., y Coyle, D. (2000). Burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J. PsychiatricMent Health Nurs*, 7(1), 7-14.
- Escriba, V., Más, R., Cardenas, M., y Burguet, D. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. *Rev Rol Enf*, 23(1), 506-511.
- Ewer, P., Bradshaw, T., y McGowern, J. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce Burnout rates in forensic nurses. *J Adv Nurs*, 37(1), 470-476.
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas de su explicación y recomendaciones para la intervención. *Rev. Psicología Científica.com*, 1-5.
- Gil-Monte, P. (2002). Influence del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Rev Psicología en estudio, Maringá*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. (2003). *El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería*, 1(1), 19-33.
- Gutiérrez, G., Celis-López, M.A., Moreno, S., Farias, F., y Suárez, J.J. (2006). Síndrome de Burnout. *ArchNeurocien-medigraphic Artemisa*, 11(1), 305-309.
- Hernández, C., Juárez-García, A., Hernández, E., y Ramírez, J.A. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Rev.Enferm IMSS*, 13(3), 125-131.
- López, C. (2004). Síndrome de Burnout. *Anestesia en Ginecoobstreticia*, 27(1), 131-133.
- Popp, Ms. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25, 5-27.
- Thomae, M.N., Ayala, E., y Spham, M.S. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Rev Postgrado vía cátedra de medicina*, 153(1), 18-21.
- Thommasen, H.V., Connelly, I., y Lavanchy, M. (2001). Burnout Depression, and movin away. How are they related. *Can family Physician*, 47(1), 747-749.
- Vinaccia, S., y Alvaran, L. (2003). El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: estudio explorativo. *Red. Rev. Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1-12.

CAPÍTULO 34

Satisfacción del profesorado de Educación Primaria desde la perspectiva laboral y profesional

Isabel Cantón Mayo, Ruth Cañón Rodríguez, y Sheila García Martín
Universidad de León

Introducción

La satisfacción profesional del docente es un tema de vital interés para quienes se preocupan por la calidad de vida en el trabajo y del éxito de la organización. Las investigaciones tratan de comprender si los determinantes de la satisfacción residen en la naturaleza del trabajo en sí, en las variables inherentes al profesional o si es el resultado de las interacciones establecidas entre el profesional y las especificidades de su contexto de trabajo; como las interacciones sociales, el clima o la introducción de recursos y metodologías en la enseñanza (Sánchez, Fuentes, y Artacho, 2007; Tejero y Fernández, 2009; Ramírez y D'Aubeterre, 2006; Caballero-Martínez, 2002; Anaya y Suárez, 2006; Baelo, 2011; Anaya y Suárez, 2010; Anaya y López, 2014).

Las afirmaciones más fundamentadas (Frutos et al., 2007; Ramírez y D'Aubeterre, 2007; Caballero-Martínez, 2003; Anaya y Suárez, 2007) se han ido estableciendo en torno a las consecuencias de la satisfacción en el trabajo que parecen ser de gran importancia para la organización, en términos de productividad, eficacia, clima y para el trabajador en términos de salud y bienestar en general. En educación, al igual que en otros ámbitos, la satisfacción genera mejores resultados y un clima más agradable.

En los últimos años, han ido apareciendo estudios longitudinales, como el desarrollado por Anaya y López (2014) quienes compararon los datos obtenidos en el curso 2003/04 y en el 2012/13 de una muestra nacional conformada por 4.375 docentes. Los resultados obtenidos permitieron afirmar que la satisfacción laboral del profesorado ha disminuido en torno a un 23,25%, que están más satisfechos los profesores de las etapas inferiores (Infantil y Primaria), los profesores noveles y respecto al género, las profesoras.

Con estos estudios se pretende conocer la satisfacción del profesorado para mejorar en base a la satisfacción del docente la calidad de las organizaciones educativas y alcanzar la calidad de la enseñanza. Por su parte, la presente investigación tuvo por objetivo conocer el grado de satisfacción o insatisfacción de los maestros de Educación Primaria de una muestra representativa de León y Galicia con el fin de desarrollar propuestas de mejora en función de los resultados, que permitan aumentar su grado de satisfacción y conseguir el bienestar docente.

Método

Participantes

A través de un muestreo estratificado proporcional y partiendo del universo-población conformado por los 406 funcionarios y no funcionarios del cuerpo de maestros de Educación Primaria de la provincia de León (Ponferrada) y de la Comarca de Valdeorras (Ourense), se procedió a determinar el tamaño de la muestra del estudio, con un nivel de confianza del 95,5% (2σ) y un margen máximo de error de estimación admitido de +5.

Una vez realizados los cálculos matemáticos se obtuvo una muestra real de 62 maestros de Educación Primaria, de los cuales 31 son tutores y 31, especialistas.

Instrumentos

La metodología desarrollada se enmarca en un enfoque descriptivo, cuantitativo y ex-post-facto, a través de una encuesta, previamente validada y cuyo análisis de datos se ha realizado mediante el programa SPSS.

A través de esta técnica hemos pretendido recoger la información que nos permita comprender la realidad del docente de Educación Primaria en relación a su nivel de satisfacción laboral y profesional.

Tras validar el instrumento, a través de un juicio de expertos, medimos la fiabilidad del instrumento, a través del programa estadístico SPSS mediante el método de consistencia interna, calculando el coeficiente Alfa de Cronbach y a través de la técnica de las dos mitades de Guttman

Aplicamos el coeficiente estandarizado, cuyo cálculo está basado en la medida de las correlaciones existentes entre todos los ítems, para obtener el coeficiente total de fiabilidad de la prueba y los coeficientes correspondientes a cada uno de los ítems. El nivel de fiabilidad total, en este caso es de 0,948 y puede considerarse una correlación alta (Bisquerra, 1987; Peterson, Sampson, y Reardon, 1991; Morales, 2008). En cuanto a la técnica de las dos mitades de Guttman, consistente en dividir el test en dos partes compuestas del mismo número de ítems o muy similar, la validez es del 0,899 en la primera parte y de 0,901 en la segunda.

La versión final del instrumento de recogida de datos incluye afirmaciones con cuatro opciones de respuesta (1. Insatisfecho; 2. Ligeramente Satisfecho; 3. Medianamente Satisfecho; 4. Altamente Satisfecho) con el fin de valorar el grado de satisfacción o insatisfacción de los docentes. El cuestionario empleado es una elaboración propia basada en el cuestionario desarrollado por Juan Caballero Martínez en 2003.

Procedimiento

El cuestionario fue enviado a los participantes a través del correo electrónico y en persona. A pesar de lo indicado por García-Llamas, González y Ballesteros (2001), sobre la alta mortalidad muestral producida en esta técnica, creemos que ha sido la forma más adecuada, de acuerdo con nuestras posibilidades, para poder desarrollar la investigación.

Una vez nos fueron devueltos los cuestionarios cumplimentados, se procedió a la preparación de los datos, siguiendo para ello el esquema desarrollado por García-Llamas, González y Ballesteros (2001), mediante el cual se realiza una depuración de los datos y una organización de los mismos para su posterior transformación e interpretación.

En primer lugar, tras numerar los cuestionarios se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS para Windows, versión 21 y se introdujeron los datos con la finalidad de llevar a cabo los análisis estadísticos oportunos en relación a los objetivos de la investigación.

Una vez depurados, organizados e introducidos todos los datos se procedió a la transformación de los mismos con el programa de análisis estadístico 21.0, para el tratamiento cuantitativo del cuestionario ofreciendo porcentajes, tablas y correlaciones entre los aspectos tratados.

Recurrimos a la utilización del software de Microsoft Excel para el diseño de gran parte de los gráficos y tablas que se presentan en la investigación, consecuencia de la poca variedad y calidad del programa SPSS 21.0 en la realización de gráficos y tablas.

Finalmente, transformados los datos en información manejable, procedimos a la interpretación de los resultados obtenidos.

Análisis de datos

Para analizar los datos del cuestionario de satisfacción del profesorado de Educación Primaria se ha desarrollado un análisis cuantitativo-descriptivo estadístico de los datos.

Para este tipo de análisis se ha hecho uso de la estadística descriptiva, que a diferencia de la estadística inferencial, tiene como objeto: "recoger, organizar, resumir, describir y presentar los datos

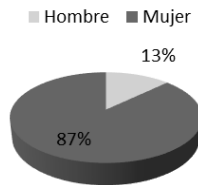
correspondientes a un conjunto de elementos” (Etxeberria y Tejedor, 2005; Colas, Buendía, y Hernández-Pina, 2009).

Resultados

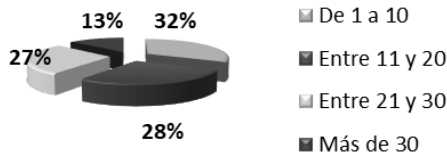
El cuestionario diseñado incluye unas preguntas de carácter general relacionadas con las características propias de los sujetos que lo cumplimentan, lo que nos ayuda a la hora de identificar el perfil de los encuestados (nunca su identificación particular) que componen nuestra muestra.

Respecto al sexo, el 87,1% son mujeres y el 12,9% son hombres. Del total de la muestra un 51,6% tienen una edad comprendida entre los 36 y los 50, seguido de un 24,2% con edades entre los 22 y 35 años. En cuanto a los años de experiencia docente, la mayoría de los docentes poseen entre uno y diez años de experiencia.

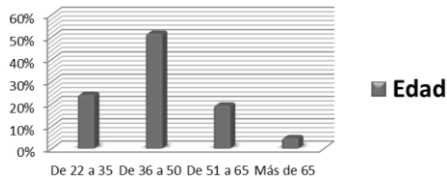
Gráfica 1. Sexo de la muestra



Gráfica 2. Años de experiencia docente



Gráfica 3. Edad de la muestra



En relación al desempeño profesional, la etapa y el tipo de centro en el que realizan su labor docente. La mitad son tutores y la otra mitad especialistas. De la totalidad de la muestra, el 74,2% imparte docencia exclusivamente en Educación Primaria y el 25,8% imparte docencia en esta etapa y en Educación Infantil. Además, cabe resaltar que tan sólo el 3,2% de la muestra ejerce un cargo de director o secretario.

Relativo al tipo de centro, son maestros que, en su mayoría, ejercen su labor profesional en centros públicos (72,6%) y en centros privados concertados (27,4%). Además, el 72,6% de los centros son urbanos y el 27,4% rurales.

En cuanto a las titulaciones académicas que poseen los maestros encuestados observamos que el 66,1% posee una Diplomatura, el 24,2% cuentan con una Licenciatura y el 9,7% posee un Grado.

Respecto al salario percibido por el desempeño de la profesión docente, el 77,4% de los encuestados considera que su salario es medio, seguido por un 17,7% que considera que es bajo y un 4,8% que lo considera alto.

Una vez expuestos los resultados relativos a los aspectos identificativos de los docentes y con el objetivo de buscar claridad, vamos a presentar los resultados agrupados en torno a dos dimensiones (satisfacción en el desempeño profesional y satisfacción con la participación en el centro docente) que facilitarán la organización de las mismas y que irán acompañadas de unas tablas donde se incluyen cada uno de los ítems que pertenecen a una misma dimensión, la frecuencia y el porcentaje de sujetos que contestaron a cada una de las cuatro opciones que se proporcionaban:

1. Insatisfecho
2. Ligeramente satisfecho
3. Medianamente satisfecho
4. Altamente satisfecho

En la primera de las dimensiones, Satisfacción en el desempeño profesional, se recogen los ítems referidos al desenvolvimiento diario de la función docente que están íntimamente relacionados con la satisfacción profesional de los docentes.

Tabla 1. Frecuencia y porcentajes de la Dimensión de Satisfacción en el Desempeño profesional

Satisfacción en el Desempeño Profesional	1	2	3	4
1. La realización diaria de mi trabajo	1 1,6%	1 1,6%	29 46,8%	31 50%
2. El lugar de trabajo.	0 0%	6 9,7%	26 41,9%	30 48,4%
3. La disponibilidad de materiales para desempeñar mi profesión.	4 6,5%	12 19,4%	31 50%	15 24,2%
4. La posibilidad de poder llevar a cabo iniciativas propias.	0 0%	8 12,9%	25 40,3%	29 46,8%
5. El tiempo disponible para mi trabajo personal.	7 11,3%	15 24,2%	31 50%	9 14,5%
6. La ayuda de la administración educativa para solucionar mis problemas	14 22,6%	22 35,5%	20 32,3%	6 9,7%
7. El apoyo profesional recibido de mis compañeros de trabajo.	0 0%	5 8,1%	24 38,7%	33 53,2%
8. La posibilidad de seguir formándome como profesional de la educación con la ayuda de la Administración Educativa	5 8,1%	16 25,8%	30 48,4%	11 17,7%
9. El nivel de autoestima personal alcanzada con mi trabajo.	0 0%	7 11,3%	31 50%	24 38,7%
10. Las prestaciones económicas recibidas por mi labor como docente	4 6,5%	22 35,5%	34 54,8%	2 3,2%
11. En general el éxito alcanzado en mi trabajo.	1 1,6%	5 8,1%	43 69,4%	13 21,0%
12. La posibilidad de uso de recursos materiales y tecnológicos (TICs) para mi desempeño profesional.	8 12,9%	10 16,1%	29 46,8%	15 24,2%
13. La entrega personal a mi trabajo como profesional de la educación	0 0%	2 3,2%	27 43,5%	33 53,2%
14. La información proporcionada por el equipo de orientación.	3 4,8%	9 14,5%	30 48,4%	20 32,3%
15. La ayuda proporcionada por el equipo de orientación.	3 4,8%	8 12,9%	27 43,5%	24 38,7%
16. ¿Está ahora más satisfecho profesionalmente que hace cuatro años	9 14,5%	17 27,4%	28 45,2%	8 12,9%
17. Señale el grado de ansiedad en el desempeño profesional.	11 17,7%	20 32,3%	26 41,9%	5 8,1%
18. Señale el grado de estrés en el desempeño profesional.	10 16,1%	23 37,1%	21 33,9%	8 12,9%

Como puede observarse en la Tabla 1, el 53,2% de los encuestados afirma sentirse altamente satisfecho respecto al apoyo profesional recibido de sus compañeros de trabajo (ítem 7) y a la entrega personal a su trabajo como profesional de la educación (ítem 13), seguido de un 50% que muestra este alto grado de satisfacción respecto a la realización diaria de su trabajo, al lugar de trabajo (48,4%) y a la posibilidad de poder llevar a cabo iniciativas propias (46,8%).

De igual modo, la mayoría ha señalado sentirse medianamente satisfecha con 11 de los 18 ítems, destacando un 69,4% respecto al éxito alcanzado en su trabajo, un 54,8% respecto a las prestaciones económicas recibidas por su labor como docente y un 50% en cuanto a la disponibilidad de materiales y el tiempo disponible para su trabajo personal.

En el polo opuesto, cabe destacar que un 37,1% está ligeramente satisfecho con el grado de estrés en el desempeño profesional y un 35,5% con las ayudas recibidas por la Administración Educativa para resolver sus problemas.

La segunda de las dimensiones estudiadas; la satisfacción de los docentes con la participación en el centro, engloba los ítems referidos a aspectos relacionados con el grado de satisfacción en relación a la participación en el centro docente.

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de la Dimensión de Satisfacción con la participación en el centro docente

Satisfacción Con La Participación En El Centro Docente	1	2	3	4				
19. La elaboración de un proyecto común de trabajo (PGA)	4	6,5%	10	16,1%	34	54,8%	14	22,6%
20. La organización educativa de mi centro de trabajo	0	0%	7	11,3%	39	62,9%	16	25,8%
21. La coordinación del equipo directivo y el profesorado en aspectos relevantes de la vida del centro	2	3,2%	4	6,5%	28	45,2%	28	45,2%
22. La concordancia existente en los programas, la metodología y la evaluación	1	1,6%	14	22,6%	32	51,6%	15	24,2%
23. El reconocimiento de la Administración al trabajo realizado por los coordinadores	11	17,7%	25	40,3%	20	32,3%	6	9,7%
24. La participación del profesorado en las reuniones de etapa y ciclo.	2	3,2%	12	19,4%	20	32,3%	28	45,2%
25. La eficacia de las reuniones	2	3,2%	11	17,7%	31	50%	18	29%
26. El grado de cumplimiento de los acuerdos que se toman en las reuniones	0	0%	12	19,4%	32	51,6%	18	29%
27. La posibilidad de realizar AC para aquellos alumnos que lo necesitan	1	1,6%	11	17,7%	22	35,5%	28	45,2%
28. La participación en el claustro de profesores	2	3,2%	5	8,1%	31	50%	24	38,7%
29. La participación en el consejo escolar	5	8,1%	7	11,3%	35	56,5%	15	24,2%
30. La participación y colaboración de los profesores en la elaboración de los documentos de organización docente (PE, PGA, PAD...)	4	6,5%	7	11,3%	34	54,8%	17	27,4%
31. El clima que percibo en mi centro de enseñanza	3	4,8%	4	6,5%	26	41,9%	29	46,8%
32. La eficacia del consejo escolar como órgano de gestión y participación de la Comunidad Educativa	4	6,5%	22	35,5%	26	41,9%	10	16,1%
33. La participación del profesorado en la evaluación de diagnóstico o evaluaciones externas de los alumnos	3	4,8%	12	19,4%	33	53,2%	14	22,6%
34. Las relaciones entre padres, profesores y alumnos	5	8,1%	9	14,5%	33	53,2%	15	24,2%
35. El buen funcionamiento de mi centro docente	1	1,6%	6	9,7%	26	41,9%	29	46,8%
36. La participación de los padres en la resolución de los problemas del centro	7	11,3%	26	41,9%	21	33,9%	8	12,9%
37. La participación de los padres en los órganos de gobierno del centro	8	12,9%	25	40,3%	21	33,9%	8	12,9%
38. La preocupación de los padres por el buen funcionamiento del centro	5	8,1%	25	40,3%	24	38,7%	8	12,9%

Como se aprecia en la Tabla 2, el 46,8%, casi la mitad de los encuestados, señala sentirse altamente satisfecho respecto al clima en su centro (ítem 31) y al buen funcionamiento del mismo (ítem 35), seguido de un 45,2% que muestra este alto grado de satisfacción respecto a la coordinación del equipo directivo y al profesorado (ítem 21), a la participación del profesorado en las reuniones de etapa y ciclo (ítem 24) y a la posibilidad de realizar Adaptaciones Curriculares para aquellos alumnos que las precisen (ítem 27).

También, la mayoría ha señalado sentirse medianamente satisfechos con 12 de los 19 ítems, destacando un 62,9% respecto a la organización educativa del centro (ítem 20), un 56,5% respecto a la participación en el consejo escolar (ítem 29), un 54,8% en cuanto a la elaboración de un proyecto común de trabajo (ítem 19) y a la participación y colaboración de los profesores en la elaboración de documentos (ítem 30). También, un 52,2% destaca la participación del profesorado en la evaluación de diagnóstico o evaluaciones externas de los alumnos (ítem 33) y las relaciones entre padres, profesores y alumnos (ítem 34); por último cabe señalar que el 51,6% se siente medianamente satisfecho con la concordancia que existe entre los programas, la metodología y la evaluación (ítem 22) y el grado de cumplimiento de los acuerdos (ítem 26).

En el polo opuesto, encontramos cierta insatisfacción docente en relación con la participación de los padres en la resolución de los problemas del centro (41,9%), así como de la participación de los mismos en los órganos de gobierno y por su preocupación por el buen funcionamiento del centro, y con el reconocimiento de la Administración al trabajo realizado por los coordinadores (40,3%).

Discusión/Conclusiones

Como se puede observar en los resultados obtenidos, la tendencia general muestra que los valores de las dos dimensiones estudiadas; satisfacción en el desempeño profesional y satisfacción con la participación en el centro docente, son medio-altos.

Algunos autores coinciden con estos resultados al obtener en sus investigaciones satisfacción media y alta en la entrega, realización, el ambiente del lugar de trabajo y el diseño del trabajo docente (Duran, Extremera, Montalbán, y Rey, 2005; García-Bernal et al., 2005; Frutos et al., 2007; Anaya y Suárez 2007). Respecto al primero de los ítems, la realización diaria del trabajo, los resultados obtenidos difieren de la investigación desarrollada por Anaya y Suárez (2010) quienes a pesar de obtener una satisfacción global media-alta, destacaron insatisfacción en los docentes en relación a esta variable. Mientras que en el último estudio realizado por Anaya y López (2014) ya obtienen resultados semejantes al de nuestro estudio.

De los resultados obtenidos, debemos destacar que son unos docentes altamente satisfechos con la participación en su centro de trabajo. Nos confirman que los centros en los que desempeñan su función docente funcionan bien a lo cual se observa que colabora el buen clima que perciben en su centro de enseñanza, lo que coincide con las aportaciones de otras investigaciones como la de Díaz-González y Barroso (2008) quienes afirman que el clima del centro de trabajo les proporciona un alto grado de satisfacción.

La interpretación más acorde con los datos obtenidos, nos lleva a considerar que los maestros de las dos Comarcas del norte de España estudiadas, lejos del malestar docente al que aluden algunas investigaciones (Guerra y Jiménez 2004; Prieto y Bermejo, 2006), manifiestan sentir un grado de satisfacción medio en general y alto en los ítems destacados en resultados. Destacando, al mismo tiempo, como aspectos que generan mayor insatisfacción; el reconocimiento de la Administración al trabajo realizado y la participación de los padres; coincidiendo con las investigaciones de Caballero-Martínez y Mata (2004) y Marchessi y Pérez (2004). Éste último estudio recoge que los profesores no se sienten respaldados por los padres y reseñan que los progenitores no se implican lo suficiente. Lo cual podría ser una de las condiciones más importantes para mejorar la calidad de la enseñanza en nuestro sistema educativo.

Referencias

- Anaya, D., y López, E. (2014). Satisfacción laboral del profesorado en 2012-13 y comparación con los resultados de 2003-04. Un estudio de ámbito nacional. *Revista de Educación*, 365, 96-121.
- Anaya, D., y Suárez, J.M. (2006). La satisfacción laboral de los profesores en función de la etapa educativa, del género y de la antigüedad profesional. *Revista de Investigación Educativa*, 24(2), 541-556.
- Anaya, D., y Suárez, J.M. (2007). Satisfacción laboral de los profesores de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Un estudio de ámbito nacional. *Revista de Educación*, 344, 217-243.
- Anaya, D., y Suárez, J.M. (2010). Evaluación de la Satisfacción laboral del profesorado y aportaciones a su mejora en orden a la calidad de la educación. *REOP*, 21(2), 283-294.
- Baelo-Álvarez, R. (2011). Satisfacción del profesorado universitario con la integración de las tecnologías de la información y la comunicación. (TIC). *Etic@net*, 11, 253-276.
- Bisquerra, R. (1987). *Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.
- Caballero, J., y Mata, F.S. (2004). Satisfacción e insatisfacción de los directores escolares. *Revista de Educación*, 233, 363-384.

- Caballero-Martínez, J. (2002). Calidad y satisfacción del cliente en las instituciones de formación. *Enseñanza*, 20, 175-197.
- Caballero-Martínez, J. (2003). Satisfacción e insatisfacción de los jefes de estudios de los centros escolares. *Revista de Investigación Educativa*, 21(2), 415-435.
- Colás, P., Buendía, L.E., y Hernández-Pina, F. (2009). *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral*. Barcelona: Davinci.
- Díaz-González, P., y Barroso, J. (2008). Satisfacción del profesorado de educación física en educación secundaria. *Revista digital. Buenos Aires*, 13(122). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
- Durán, M.A., Extremera, N., Montalbán, F.M., y Rey, L. (2005). Engagement y Burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 145-158.
- Etzeberria, J., y Tejedor, J. (2005). *Análisis descriptivo de datos en educación*. Madrid: La Muralla.
- Frutos, J.A. et al. (2007). Condiciones de trabajo y satisfacción laboral de los docentes en las escuelas católicas de Madrid. *Educación y Futuro*, 17, 9-42.
- García-Bernal, J., Gargallo-Castel, A., Marzo-Navarro, M., y Rivera-Torres, P. (2005). Job satisfaction: Empirical evidence of gender differences. *Women in Management Review*, 20(4), 279-288.
- García-Llamas, J.L., González, M.A. y Ballesteros, B. (2001). *Introducción a la investigación en educación*. Madrid: UNED
- Guerra, L.R., y Jiménez S. (2004). El malestar docente: Un estudio empírico y comparativo. *Intrapsiquis*, 14297(1).
- Marchessi, A., y Pérez, E.M. (2004). *La situación profesional de los docentes*. Instituto de Evaluación y Asesoramiento Educativo. Centro de Innovación Educativa.
- Morales, P. (2008). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Peterson, G.W., Sampson, J.P., y Reardon, R.C. (1991). *Career development and services: A cognitive approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prieto, M., y Bermejo, L. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una muestra de profesores de Secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 45-73.
- Ramírez, T., y D'Aubeterre M.E. (2007). Los niveles de satisfacción laboral del maestro venezolano 10 años después (1996-2006). *Investigación y Posgrado*, 22(2).
- Sánchez, S.M., Fuentes, F.J., y Artacho, C. (2007). La perspectiva de género en el análisis de la satisfacción laboral: una aplicación empírica mediante modelos logit y probit. Bilbao. *Cuadernos de Gestión*, 7(2), 55-67.
- Tejero, C.M., y Fernández, M.J. (2009). Medición de la satisfacción laboral en la dirección escolar. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 15(2).

CAPÍTULO 35

Niveles de ansiedad en el futuro docente de enseñanzas artísticas

Paula de Castro Fernández

CSDMA

Introducción

La ansiedad en la docencia

La ansiedad es uno de los trastornos que más azotan al profesional de la docencia. Al igual que el estrés, la ansiedad puede resultar beneficiosa si actúa en su justa medida y como elemento adaptativo, ya que incide a la activación del organismo y facilita su rendimiento (Martínez-Otero-Pérez, 2003). Sin embargo, la ansiedad patológica y el estrés excesivo y perjudicial, o disestrés, sí interfieren en la homeostasis orgánica, con consecuencias nocivas tanto para la salud como para el rendimiento de los docentes.

La ansiedad es un factor que depende no solo del ambiente laboral que rodea al profesor, sino de su personalidad, principalmente. Es por ello que parece obligado estudiar con profundidad este aspecto con el fin de analizar y comprender la naturaleza del individuo que se dedica a la docencia, y así implementar las estrategias necesarias que ayuden a paliar las problemáticas que acucian en la función docente.

Uno de los sectores poblacionales del mundo de la enseñanza es el constituido por el profesorado de Enseñanzas Artísticas Superiores (EEAASS). Su carácter minoritario se conjuga con su especificidad, ya que la gran mayoría de estos docentes han sido o son intérpretes, a su vez, que por múltiples razones escogieron la enseñanza de su arte. Por lo tanto, no podemos obviar la especial naturaleza de este colectivo, el cual se prepara actualmente como futuro docente en los conservatorios y otros centros superiores de EEAASS a lo largo y ancho de toda la geografía española. Concretamente, la Danza es una de las artes escénicas objeto de estudios superiores en nuestro país. Actualmente existen seis Conservatorios Superiores de danza en España, cifra que aumenta si se tiene en cuenta la creciente oferta universitaria en estudios dancísticos. El alumnado que accede a dichos estudios proviene, en su mayor parte, del mundo artístico profesional o pre-profesional, por lo que parece indispensable indagar en la naturaleza del estudiante de Pedagogía de la danza desde su condición primigenia de artista e intérprete.

A pesar de que existen estudios previos sobre población universitaria (Amézquita, González, y Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez, y Miranda, 2001; Arco-Tirado, López-Ortega, Heiborn-Díaz, y Fernández-Martín, 2005; Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes, y BarrosBermúdez, 2005; Campo-Cabal y Gutiérrez, 2001; Gallagher, 2002; Galli, 2005; González, Campo, y Haydar, 1999; Miranda, Gutiérrez, Bernal, y Escobar, 2000), ninguno de ellos se ha centrado en estudiantes de EEAASS, y aún menos en los futuros docentes de la Danza. Las conclusiones de los citados estudios indican una alta prevalencia de la ansiedad y la depresión en esta población, alertando así sobre los efectos de dicha sintomatología sobre variables como el rendimiento académico, la deserción y el bienestar emocional, entre otras (Agudelo, Casadiego, y Sánchez, 2008).

Ansiedad y nivel de arousal en la danza

Es muy frecuente comprobar que muchos bailarines profesionales cometen errores y disminuyen su nivel de rendimiento durante las actuaciones debido a la ansiedad que experimentan. La gran importancia de la ansiedad, su frecuencia y las repercusiones que tiene para el bailarín han convertido este problema en uno de los principales campos de investigación e intervención de la Psicología en el mundo de la danza.

Un bailarín que manifiesta ansiedad antes y durante la actuación experimenta un elevado nivel de arousal y sentimientos de tensión y temor; estos elementos son los que componen una de las definiciones más actuales de ansiedad, la de Levitt (1980), que considera la ansiedad como un sentimiento subjetivo de temor, acompañado de un elevado nivel de arousal fisiológico.

De forma más específica, Spielberger (1966) establece una clara distinción entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado (AE) se define como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión, y aprensión, además de una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Este tipo de ansiedad puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo (AR) se conceptúa como una propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar como consecuencia su ansiedad estado.

En base a los trabajos de Spielberger (1966) y Spielberger y su equipo de colaboradores (1976), cabe suponer que bailarines con mayor AR presentarán mayor AE, que otros con una AR más baja, como consecuencia de que los bailarines con una mayor AR tienden a percibir las situaciones como más amenazadoras; por tanto, los bailarines con mayor AR son más propensos a elevar sus niveles de AE ante una actuación o a perder con más facilidad la calma en un momento decisivo. Los estudios de Scalan y Passer (1977) señalan que la AR correlaciona significativamente con la AE que los individuos experimentan justo antes de un evento artístico público. Igualmente después de la actuación, la AE correlacionaba significativamente con el hecho de haber tenido éxito o fracaso, mostrando los bailarines sin éxito más ansiedad.

El estudio de la ansiedad pre-actuación ha permitido conocer un par de importantes aspectos. El primero es que los patrones de ansiedad para bailarines experimentados difieren de los presentados por bailarines sin experiencia. Se ha encontrado que la ansiedad pre-actuación es más alta para bailarines con experiencia en estilos dancísticos que requieran virtuosismo técnico, como el ballet clásico, y contrariamente, en otros estilos sin tanta exigencia técnica los niveles más altos de ansiedad pre-actuación son presentados por los bailarines sin experiencia.

Un segundo y muy importante aspecto es que la ansiedad pre-actuación parece seguir el modelo de la U invertida. Este modelo originario de Yerkes y Dodson (1908) afirma que la ejecución se ve facilitada según aumenta la activación, el nivel de arousal, hasta alcanzar un punto óptimo a partir del cual, los incrementos resultan en detrimento de la ejecución. Estudios como los de Fenz (1975), Fenz y Jones (1972), Lowe (1973), Gould, Horn y Spreeman (1983), utilizando deportistas de diferentes modalidades y los de Cernuda (1992) sobre gimnastas y bailarines, apoyan este modelo, mostrando evidencia suficiente como para concluir que niveles moderados de activación tienden a permitir mejores ejecuciones que niveles extremadamente altos.

Según Garfield (1987) la mayoría de los atletas reconocen que del 60 al 90 por ciento del éxito en el deporte se debe a factores mentales y al dominio psicológico, y en la experiencia personal de muchos deportistas de élite se afirma que la planificación del entrenamiento psicológico con los componentes físicos, técnicos y tácticos supone el 50% de la efectividad en las potencialidades del atleta.

Sin embargo, la ansiedad no afecta a todos los bailarines del mismo modo, ya que cada sujeto presenta niveles diferentes de tolerancia y como consecuencia el nivel óptimo de ansiedad para cada uno es también diferente.

Por tanto, el estudio de la ansiedad es fundamental como paso previo a cualquier tipo de intervención en Psicología del deporte y de otras actividades físicas, como la danza.

Respecto a la importancia de la AR en el ámbito de la danza, hay que tener en cuenta los estudios de Cernuda (2010a, 2010b), que indican la capacidad predictiva que tiene este rasgo para detectar talentos motores. En su experiencia profesional durante seis ciclos olímpicos, ha seleccionado los atletas españoles que han participado en las olimpiadas de Seúl 1988, Barcelona 1992, Atlanta 1996, Sydney

2000, Atenas 2004 y Peking 2008. De este modo ha podido comprobar que numerosos campeones olímpicos y mundiales presentan una AR baja, en torno al valor 10.

De la misma forma que un atleta olímpico es preparado mentalmente para sus competiciones, entrenamientos, épocas de lesiones, de pausas, etc., los bailarines profesionales, especialmente aquéllos que por su posición asumen más responsabilidades y, por tanto, más presiones, deberían beneficiarse de un seguimiento y una preparación psicológica específica y personalizada.

Para ello, el primer paso es estudiar al bailarín desde el punto de vista psicológico, investigar todos los aspectos que constituyen su personalidad (su perfil) y sobre todo identificar sus necesidades en relación con las exigencias artísticas y “atléticas” propias de su trabajo diario.

De igual modo, es necesario estudiar al futuro profesional de la danza con el fin de establecer sus características definitorias, y así poder actuar en consecuencia. En el caso de los estudiantes de Pedagogía de la danza, futuros formadores de bailarines profesionales, no se han realizado estudios hasta la fecha que incluyan aspectos psicológicos concretos.

Por tanto, el objetivo principal del presente estudio es evaluar la presencia de ansiedad en una muestra de estudiantes de estudios superiores de danza. Desde su finalidad prospectiva, esta investigación aspira a encontrar relacionamientos causales entre los niveles de AR y AE, la situación socioeconómica y sociocultural del alumnado, y la especialidad y estilo dancístico estudiados. Este screening debería permitir extraer tendencias generales en la muestra que ayuden a preparar al futuro docente para afrontar su oficio sin sufrir los efectos del estrés y la ansiedad, previniendo de esta forma patologías como el burnout, entre otras, que tanto influyen en la calidad docente.

Método

Se ha realizado una investigación descriptiva mediante un diseño de encuesta sobre variables no manipuladas experimentalmente, en el que se recoge de forma simultánea la información sobre todas las variables propuestas.

Participantes

Para este estudio se han analizado las características de 45 alumnos del CSDMA (Conservatorio Superior de Danza “María de Ávila” de Madrid), centro público de Enseñanzas Superiores de Danza de la Comunidad de Madrid. Con el fin de obtener una muestra lo más homogénea y representativa posible, se han descartado los alumnos varones, dado su escaso número frente a las alumnas participantes. Dichas alumnas pertenecen a los 4 cursos de los 2 itinerarios existentes en estos estudios, Pedagogía de la Danza y Coreografía e Interpretación, así como a los cuatro estilos de cada uno de los itinerarios: danza clásica, danza española, danza contemporánea y baile flamenco. De esta forma, se ha abarcado el máximo de posibilidades dentro de una muestra ya de por sí matizada. El estado civil es coincidente para la totalidad de la muestra, siendo todas las alumnas participantes solteras. La variable “edad”, que oscila entre los 19 y los 32 años, con una media de 22,6. El alumnado participante de la especialidad de Coreografía e Interpretación conforma un 60% del total, mientras que el de Pedagogía supone el 40% restante. La participación de los alumnos por estilos de danza se distribuyen de la siguiente forma: Danza clásica, 27%; Danza española, 32%, Danza contemporánea, 25% y baile Flamenco 16%. El 42% de la muestra corresponde a estudiantes de 1er curso, 33% a 2º, 18% a 3º y 7% a 4º curso.

Instrumentos

Los niveles de AR y AE se han medido a través de la adaptación española del cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) (Spielberger et al., 1976; Spielberger et al., 2008), que ofrece las ventajas de solidez psicométrica, fiabilidad y confiabilidad.

En su obra "Ansiedad y Conducta", Spielberger (1966) presenta su teoría del estado-rasgo-proceso. Para el autor es importante clasificar las relaciones existentes entre estos conceptos. Afirma que las

diferencias entre rasgo y estado consisten una parte en el sentido de potenciación ligado al rasgo, frente a la actualidad unida con el estado. Del mismo modo el rasgo suele ser estable mientras que el estado aparece con cierta transitoriedad temporal.

Por otro lado, sigue afirmando que el rasgo de ansiedad es general, mientras que el estado se caracteriza por una especificidad situacional (Spielberger, 1975). En lo referente a las relaciones rasgo-situación, Spielberger, se inclina por un esquema interactivo unidimensional y afirma que las diferencias individuales en rasgo de ansiedad se presentan con independencia de la naturaleza específica de las situaciones estresantes.

Procedimiento

Se ha aplicado el test STAI a los sujetos seleccionados en su centro de estudios. En un primer momento se les ha explicado la finalidad de la investigación y el contenido del cuestionario, así como el modo correcto de autoaplicación. El tiempo de aplicación oscila entre 15 y 20 minutos. Los sujetos que han respondido son estudiantes que de forma voluntaria han accedido a colaborar en la investigación. Una vez recogidos los cuestionarios completados, se ha procedido a su tratamiento a través del programa SPSS 20, y posteriormente a su valoración e interpretación.

Análisis de datos

Se ha realizado una investigación con diseño no experimental transversal descriptivo, en la que se han hallado las frecuencias de los valores de AE y AR, así como las medias muestrales insesgadas. Se ha analizado la frecuencia de AE y AR por curso, así como por especialidades (Pedagogía / Coreografía e Interpretación) y por estilos estudiados (danza clásica/danza española/danza contemporánea/baile flamenco).

Resultados

La gráfica 1 refleja los resultados obtenidos a través del test STAI en AE y AR, expresados en puntuaciones directas. Los valores mínimos se sitúan en 6 y 7 puntos, respectivamente, y los máximos en 49 y 46. Las medias insesgadas de estos valores resultan ser 25,40 en el caso de la AE y 25,44 en el de la AR, siendo su desviación típica 11,065 para la AE y 10,04 para la AR. Comparando las medias de las puntuaciones transformadas en centiles (Tabla 1), se obtiene una media ligeramente superior en AE (54,51), frente a 51,64 de la AR. Estos valores indican niveles de AR y de AE normales, cercanos a lo que se considera la media en estos parámetros (se considera la zona media entre los centiles 46 y 55). Los bailarines profesionales presentan valores muy inferiores a los de los estudiantes, con una media de 13,54 centiles, indicativa de una muy baja AR.

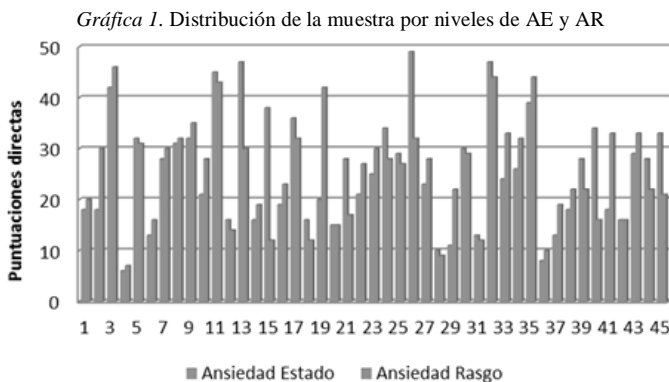


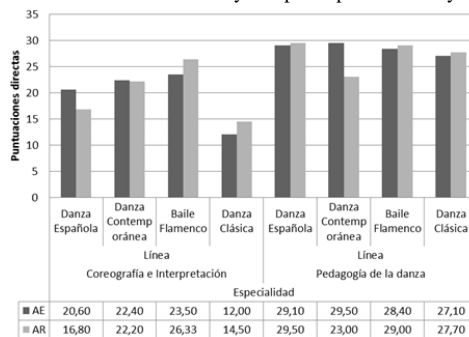
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la AR en bailarines profesionales (De Castro, 2011) y de la AR y de la AE en pre-profesionales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.típ	Varianza
AE	45	4,00	97,00	54,5111	27,70348	767,483
AR	45	1,00	97,00	51,6444	28,98444	840,098
ARProfesionales	44	10,00	35,00	13,5455	6,10929	37,323

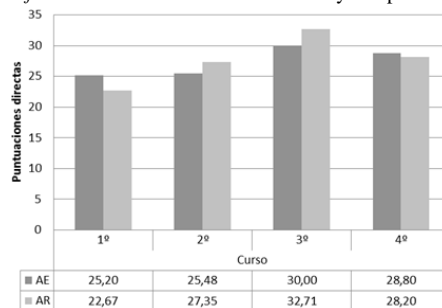
Realizando un análisis comparativo entre los valores de AE y AR de los sujetos de diferentes especialidades y estilos de danza (Gráfica 2), encontramos una mayor incidencia de la AE, de forma más generalizada que la AR, sobre la especialidad de Pedagogía, en todos los estilos. El alumnado que presenta mayores índices de AE y de AR es el de danza española y el de baile flamenco, seguido de la danza clásica y contemporánea. Dentro de la especialidad de Coreografía e Interpretación, la danza clásica es la menos afectada por la AE y la AR, seguida de la española, la contemporánea y el flamenco, que presenta la menor diferencia de entre los estilos de danza, respecto a su grupo equivalente en Pedagogía (AE: 23,50 y AR: 26,33 en C e I, frente a AE: 28,40 y AR: 29 en Pedagogía). La danza clásica es el estilo que más diferencia presenta entre sus valores medios de AE y AR: 12 y 14,50 frente a 27,10 y 27,70.

Analizando la AE y la AR por cursos, veremos en la gráfica 3 que el alumnado de 3er curso ha obtenido los valores más elevados (30 y 32,71 respectivamente). Los demás cursos se encuentran igualados, siendo el de menor puntuación el 1er curso (25,20 y 22,67).

Gráfica 2. Distribución del nivel de AE y AR por especialidades y estilos de danza



Gráfica 3. Distribución del nivel de AE y AR por curso



Discusión

Respecto a la relación entre el nivel de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado del sujeto y las especificidades del trabajo de la danza, podemos citar la defensa de Cernuda (2010a, 2010b) de la capacidad predictiva de talentos motores que presenta el estudio de los niveles de Ansiedad en los deportistas. Se ha demostrado que el deportista de élite, así como el bailarín profesional, posee niveles de AR muy bajos de forma general. En el caso del bailarín, el hecho de poseer el estatuto de “profesional”, y especialmente el trabajar en compañías de reconocido nivel y prestigio internacional, se puede considerar un signo de excelencia en su nivel de ejecución general. Por ello, el bajo nivel de ansiedad que presentan los bailarines de estudios como el de De-Castro (2011) corrobora esa teoría, ya que habría que ver su profesionalismo como una “selección natural” en la que sólo han sobrevivido los más resistentes (desde el punto de vista del control de la propia ansiedad) y los de mayor talento. De esta forma, el presente trabajo confirma la línea de estudio de Fenz (1975), Fenz y Jones (1972), Gould et al. (1983) y Lowe (1973) sobre la correspondencia entre bajos niveles de ansiedad y una cierta capacidad de ejecución del atleta y del bailarín. La AR sería un buen predictor del rendimiento de los deportistas, tal y como varios autores defienden (Williams, 1986; Rodrigo et al., 1990), tanto aislada como en combinación con las puntuaciones que los sujetos presentan en AE. Aunque autores como Kerr (1988), proponen que la activación y la ansiedad estado no siempre tienen un efecto negativo sobre la ejecución, Sade (1990) defiende a su vez que entre la AE y el rendimiento se han encontrado resultados consistentes, por lo que podríamos suponer que los niveles de AR y AE de los bailarines pre-profesionales expresan en cierto modo su inferior nivel de ejecución y de rendimiento.

En el deporte de competición, el sujeto con una AR elevada es generalmente más propenso a experimentar una AE más elevada que la persona con menor grado de AR. Esta situación depende de la interpretación personal que el individuo realiza de situaciones competitivas particulares. Factores tales como las experiencias anteriores, la capacidad y el entrenamiento en el manejo del stress influirán su interpretación de forma decisiva.

Los estudiantes de la muestra analizada presentan una media de AR superiores a la de la investigación realizada por la autora con bailarines profesionales: 51,64 centiles frente a 13,54 centiles de la muestra profesional (De-Castro, 2011). Estos datos muestran una diferencia significativa que además se acrecienta en el caso del alumnado de Pedagogía. Observamos también una mayor dispersión en los valores de AE y AR de la muestra pre-profesional (4-97 y 1-97), comparada con la profesional (10-35). Esta diferencia podría significar una mayor homogeneidad en el AR de los bailarines profesionales, como posible característica o rasgo definitorio, que vendría a sumarse al ya demostrado bajo índice de AR.

Por otro lado, es posible que la razón de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por los futuros pedagogos y los intérpretes y coreógrafos esté relacionada con la proyección que el alumnado realiza de cada especialidad y estilo dancístico, lo que podría inducir a niveles más elevados de ansiedad en estudiantes de ámbitos con menor demanda laboral.

Conclusiones

Podemos confirmar, pues, que los bailarines pre-profesionales presentan un nivel bajo de AR y AE, equiparable, además, con el igualmente bajo nivel de los deportistas de élite.

En relación a la correspondencia entre el nivel de AR del bailarín profesional y el del pre-profesional, tal y como ya se ha explicado en la discusión, podemos considerar que el grado de profesionalismo del bailarín parece coincidir con un bajo nivel de AR, mientras que el alumno de danza, el bailarín pre-profesional, presenta niveles tanto de AR como de AE más cercanos a la media de la población general.

La posible influencia de la expectativa laboral en los valores de ansiedad presentados por los estudiantes de Pedagogía de la danza, es una nueva hipótesis digna de estudio.

La utilización de los métodos y técnicas de investigación cualitativa en la Psicología del Deporte, reflejan la perspectiva humanista de estudiar de una manera más completa o integral a los atletas y deportistas, incluyendo un análisis fenomenológico de la amplia variedad de reacciones y experiencias psicológicas que se presentan durante el rendimiento deportivo, y conceptualizando al individuo como un participante que coopera en la investigación en la búsqueda de una información también provechosa y valiosa para él mismo. Así, los fenómenos que no pueden ser observados y medidos en unidades cuantificadas, tales como las historias personales, se consideran tópicos legítimos para la investigación porque avanzan el conocimiento y revelan la riqueza de la experiencia humana (Hill, 2001).

En este sentido, cabe considerar la posibilidad de la aplicación de técnicas de investigación propias del método Humanista al estudio del artista escénico y de su rendimiento; dado el alto componente emocional involucrado en el ejercicio de la danza a nivel profesional y pre-profesional, parece adecuado el tener en cuenta la gran importancia e influencia que posee este aspecto de la danza en el rendimiento general del atleta-bailarín, así como del futuro pedagogo.

Referencias

- Agudelo, D., Casadiegos, C., y Sánchez, D.L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Agudelo, D., Spielberger, C.D., y Buela-Casal, G. (2005). *Validación y Adaptación Castellana del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo ST/DEP*. Tesis Doctoral no publicada. Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada.
- Amézquita, M., González, R., y Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32, 341-356.
- Arboleda, A., Gutiérrez, J.C., y Miranda, C.A. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle, 1999. *Médicas UIS*, 15, 4-7.
- Arco, J.L., López, S., Heilborn, V., y Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608.
- Campo, A., Díaz, L., Rueda, G., y Barros, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34, 54-62.
- Campo, G., y Gutiérrez, J.C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 351-358.
- Cernuda, A. (1992). Presente y futuro de la psicología del deporte profesional. *Papeles del Psicólogo*, 54, 56-57.
- Cernuda, A. (2010a). *La importancia del factor Ansiedad Rasgo en la selección temprana de talentos deportivos para el alto rendimiento*. Actas XII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte y Primeras Jornadas Internacionales de la AMPD. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Cernuda, A. (2010b). *La importancia de la ansiedad rasgo en la selección de talentos artísticos de alto nivel*. Actas XXVII Congreso Mundial de la Unesco de investigación de la danza. CID UNESCO, Córdoba.
- De-Castro, P. (2011). *La ansiedad en el bailarín profesional*. Tesis de máster. URJC, Madrid.
- Fenz, W.D. (1975). Strategies for coping with stress. En I. Sarason y C. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 305-334). Washington: Hemisphere.
- Fenz, W.D., y Jones, G.B. (1972). The Effect of Uncertainty on Mastery of Stress: A Case Study. *Psychophysiology*, 9, 615-619. doi: 10.1111/j.1469-8986.1972.tb00771.x
- Gallagher, R.P. (2002). *National Survey of Counselling Center Directors*. Pittsburgh: International Associations of Counselling Services, INC.
- Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6, 55-66.
- Garfield, S.L. (1987). Ethical issues in research on psychotherapy. *Counseling and Values*, 31, 115-125.
- González, A., Campo, A., y Haydar, R. (1999). Síntomas depresivos en estudiantes de Psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 45, 234-239.
- Gould, D., Horn, T., y Spreeman, J. (1983). Sources of stress in junior elite wrestlers. *Journal of Sport Psychology*, 5, 159-171.

- Hill, K.L. (2001). *Frameworks for Sport Psychology. Enhancing Sport Performance*. Champaign: Human Kinetics.
- Kerr, J.H. (1988). Soccer hooliganism and the search for excitements. En M.J. Apter, J.H. Kerr, y M.P. Cowles (Eds.), *Progress in reversal theory* (pp. 191-211). Amsterdam: Elsevier North Holland.
- Lewitt, E.E. (1980). *The psychology of anxiety*. Erlbaum, Hillsdale.
- Lowe, R. (1973). *Stress, arousal and task performance of little league baseball players*. Conferencia médica inédita, University of Illinois: Urbana-Champaign.
- Martínez-Otero-Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78.
- Miranda, C.A., Gutiérrez, J.C., Bernal, F., y Escobar, C.A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la U del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, 251-260.
- Rodrigo, G. (1990). Relationship between anxiety and performance in soccer players. *Int. Jour. of Sport Psychology*, 21, 282-291.
- Sade, S. y cols. (1990). Anxiety, self control and shooting performance. *Perceptual and motor skills*, 71, 3-6.
- Scanlan, T.K., y Passer, M.W. (1977). Factors related to competitive stress among male youth sport participants. *Medicine and science in sports*, 10(2), 103-108.
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1975). Anxiety: State-Trait process. *Stress and Anxiety: series in clinical and community psychology*, 1, 113-43. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger, C.D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.)*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C.D., y Díaz-Guerrero, R. (1976). *Cross-cultural anxiety*. Washington, DC: Hemisphere/Wiley.
- Williams, D.A., y Jenkins, J. (1986). Role of competitive anxiety in performance of Black college basketball players. *Perceptual and motor skills*, 63, 847-853.
- Yerkes, R.M., y Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*, 18, 459-482.

CAPÍTULO 36

Revisión bibliográfica sobre el burnout en los profesionales de la fisioterapia

Ismael Hevia Cabeza*, Antonio David Sánchez Sánchez*, y Angela López Sánchez**

*Centro Diagnóstico y Fisioterapia Cádiz; **Harmomy fisioterapia y osteopatía

Introducción

Actualmente nos encontramos en una época en la cual todas las personas aspiran a alcanzar la felicidad plena, existiendo una expectativa y un deseo común para llegar a conseguir un equilibrio entre la vida personal y profesional. Para poder alcanzar este deseado equilibrio, dependemos de nuestra implicación personal y por supuesto de condiciones que se relacionen con el entorno laboral. Existe diversa bibliografía que relaciona la Calidad de vida en el Trabajo (CVT) con la Calidad de Vida (CV) propiamente dicha, pero la CVT no se encuentra implantada como una prioridad o tendencia entre las actividades propuestas para los trabajadores de las empresas actuales (Alves, Cirera, y Giuliani, 2013).

Se encuentran registrados datos pertenecientes al año 2009, en cuyo registro, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el trabajo realiza una estimación afirmando que existen 1.250 millones de días de trabajos al año perdidos por problemas de salud vinculados al ámbito laboral. Por lo tanto, se ha producido una gran pérdida de recursos debido al aumento en los últimos años del absentismo y abandono laboral, con la consecuente pérdida de días trabajados y el aumento de las bajas laborales, suponiendo un coste directo en diferentes niveles, que en la actualidad se encuentra en aumento (Rodríguez y de Rivas, 2011).

Los profesionales de la salud al iniciar sus estudios universitarios pueden tener una idea equivocada sobre la profesión que han elegido para desarrollar en un futuro próximo. También influye en esas expectativas, la vocación que puedan tener, así como los valores morales y éticos. Pueden encontrarse con una realidad que no se parece a lo imaginado al enfrentarse con una sociedad difícil de cambiar, turnos de trabajo agotadores, compañeros con tendencias sanitarias diferentes, salarios insuficientes, inestabilidad laboral y el contacto continuo con personas enfermas, el dolor y el sufrimiento, todo ese conjunto de circunstancias pueden crear un estrés crónico en el profesional, provocando una sensación de frustración, así como cansancio emocional.

Este desgaste profesional fue estudiado por primera vez por el Psicólogo Freudenberger, (1974), creando el término Burnout, también conocido como “Síndrome de quemarse por el trabajo”. Posteriormente en un evento organizado por la Asociación Americana de Psicólogos (APA), fue dado a conocerse este concepto por Maslach (1977) (Gil y Peiró, 1999).

Este síndrome puede afectar a diferentes categorías de profesionales siendo el colectivo sanitario, uno de los más afectados (Cañadas-De la Fuente, Vargas, San Luis, García, y Cañadas, 2015).

Los profesionales encargados de la fisioterapia al igual que otros profesionales sanitarios, al trabajar con personas, están expuestos a padecer este síndrome de estar quemado. Según Maslach y Jackson (1981), este síndrome se caracteriza por presentar despersonalización, reducción de la realización personal y agotamiento a nivel emocional (Expósito et al., 2004).

Este síndrome en fisioterapeutas fue mencionado por primera vez en el año 1981, por el autor de ese primer trabajo llamado Wolfe (Serrano, Garcés, y Hidalgo, 2008). Este primer estudio tuvo un mayor alcance gracias a Deckard y Present en 1989.

Según Rodríguez y De Rivas, (2011), en los últimos años ha aumentado la necesidad de incrementar los estudios sobre el estrés crónico y el cansancio profesional, resultando importante profundizar sobre este tema actual.

Objetivo

El objetivo principal del estudio se ha centrado en analizar la bibliografía científica existente realizando por tanto una revisión enfocada sobre el síndrome de burnout que pueden presentar los profesionales sanitarios, en concreto los profesionales encargados de la fisioterapia.

Metodología

Se llevaron a cabo diferentes actividades hasta concluir con la finalización del estudio, pudiendo sacar conclusiones basadas en la evidencia científica.

Selección del tema, búsqueda sistemática en las diferentes bases de datos y buscadores de artículos científicos relacionados con el objetivo a estudio, elección de la bibliografía más significativa ordenando los datos más pertinentes para posteriormente realizar el desarrollo del trabajo.

Realizamos la búsqueda en las siguientes bases de datos:

Dialnet, PubMed, ScienceDirect, Scielo, el buscador Google Académico y en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Al realizar la búsqueda fueron encontrados una mayor cantidad de artículos escritos en inglés y español.

Fueron usados los siguientes descriptores para la búsqueda científica: “Burnout”, “burnout physiotherapy”, “emotional tiredness”, “Cansancio emocional fisioterapeuta”, “estrés laboral”, “desgaste profesional”, “Calidad de vida laboral”.

Fueron incluidos para este estudio aquellos artículos desde 1974 hasta el año 2014.

Resultados

Un estudio compuesto por una muestra de 129 fisioterapeutas, realizado por Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler y Jette, (1993), afirma que la conexión entre los compañeros del trabajo, la falta de comunicación, la presión en el tiempo y la falta de éxito profesional son factores que se asocian al burnout en los profesionales de la fisioterapia.

Analizamos un estudio descriptivo transversal en el que participaron 195 profesionales que realizan jornada laboral en servicios hospitalarios de rehabilitación. Los recursos utilizados fueron dos cuestionarios anónimos, una encuesta sobre datos sociolaborales y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. De los 121 profesionales que participaron, contestaron (62%), 73 mujeres y 48 hombres, con un rango de edad de 34 a 54 años. Obteniendo un 28% de alto desgaste profesional a consecuencia del cansancio emocional, un 21,5% ocasionado por la despersonalización y un 17% en realización personal. Destacando un porcentaje del 13%, correspondiente a un nivel medio o alto de desgaste profesional en sus tres dimensiones.

Por lo tanto, fueron detectados niveles elevados de desgaste en los profesionales encargado de la rehabilitación. Los factores relacionados con mayor nivel de Burnout han sido estar soltero, no tener hijos, trabajar en planta y realizar guardias presenciales (Expósito et al., 2004).

En otro estudio descriptivo, correlacional y transversal llevado a cabo por Serrano, Garcés e Hidalgo en 2008, se utilizó una muestra de 462 fisioterapeuta con tareas asistenciales pertenecientes a las Comunidades Autónomas de Murcia y Valencia. Fue valorado el puesto de trabajo, así como el Inventario de Burnout. Se obtuvo un porcentaje de respuesta del 55,8%, tras recibir 261, de los cuales 3 de ellos no tenían cumplimentado el inventario de Burnout, por lo que quedaron 258 fisioterapeutas para la realización del estudio.

De esos 258 fisioterapeutas, un porcentaje del 64% corresponde al sexo femenino con 166 mujeres participantes y el 36% a los 92 varones restantes. Con una edad media de 34,67 ($DT=10,45$).

Respecto al puesto de trabajo, 52,32% trabajan en hospitales de gestión pública, el 17,44% en centro de salud, un 2,7% en hospitales de gestión privada, un 21% en clínicas privadas, un 5% en mutuas y el 1,16% en hospitales-fundación.

Los resultados de la muestra a estudio, nos encontramos que 10 de los fisioterapeutas participantes (4%), presentaron burnout severo. La práctica asistencial que realizan estos profesionales puede que no sea tan exigente según estos autores, pero con una suficiente intensidad para provocar alguna alteración dentro de sus tres dimensiones.

Se observó un mayor porcentaje de burnout en centros asistenciales públicos coincidiendo con resultados de Schuster et al. (1984). Por otro lado, cabe destacar que existen más fisioterapeutas con Burnout a consecuencia de no tener otros estudios realizados, al tener menos recursos para afrontar la situación laboral existente. Sin embargo, de nuevo cabe destacar a Schuster et al. (1984), afirmando la falta de preparación profesional de los fisioterapeutas como una causa de Burnout.

Si nos centramos en la situación laboral de estos profesionales podemos aclarar que más de la mitad de los fisioterapeutas que padecen este síndrome son contratados. La inestabilidad laboral supone un agente generador de estrés que se debe tener en cuenta.

Casi las tres cuartas partes de los fisioterapeutas realizan jornadas laborales de 7 horas diarias, por lo que el número de horas trabajadas al día no parece ser una variable de riesgo de burnout, según este último estudio de Serrano, Garcés, e Hidalgo en 2008.

En otro estudio observacional transversal diseñado por Castro; Rodríguez; Moreno; Vicente; Arroyo; Fernández en 2006 se utilizó una muestra de 46 fisioterapeutas con jornada laboral en el Servicio Andaluz de Salud desarrollando su profesión en hospitales y centros de salud en Granada capital, a los cuales se le administro el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Se obtuvieron resultados que correspondían con un elevado porcentaje de Burnout respecto al cansancio emocional en un 37%, un 17,40% de despersonalización a un alto nivel y un 69,50% representando una baja realización personal. Dichos resultados coinciden con una prevalencia baja de presentar síndrome de Burnout.

Por otro lado, otro grupo de investigadores plantearon realizar otro estudio epidemiológico transversal descriptivo y analítico, llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Extremadura, con una muestra compuesta por 116 sujetos que trabajaron en un periodo de un año t en empresas públicas o del sector privado. Se utilizaron dos cuestionarios: el MBI y otra encuesta sobre variables sociodemográficas y de aspectos a nivel laboral. Los resultados obtenidos en este estudio se declinaron por concretar un nivel moderado, muy cerca del nivel alto de padecer Burnout. Por otro lado, en este trabajo no se encontró relación entre el síndrome de Burnout y la edad de los participantes (González et al., 2017)

Discusión/Conclusiones

El síndrome de quemarse por el trabajo o Burnout, fue calificado como riesgo laboral en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que supone de gran importancia mantener una constante interrelación entre el profesional sanitario y la institución donde realiza su jornada laboral.

Las personas que sufren este estrés laboral pueden tener repercusiones psicosomáticas, a nivel conductual, emocional pudiendo afectar del mismo modo al ámbito familiar y social, suponiendo un motivo de bajo rendimiento laboral (Castro et al., 2006).

Dentro de las profesiones sanitarias, los fisioterapeutas tienen riesgo de padecer síndrome de burnout a lo largo de su vida ya que son personas que prestan asistencia o ayuda directa a otras personas. Suelen tener una gran motivación en el ámbito laboral al inicio de su vida laboral, pero en ocasiones no se consigue mantener una buena motivación, envolviendo al profesional en una sensación de frustración y sobrecarga laboral. Se encuentran obligados a hacer mayores sus esfuerzos para seguir alcanzando sus objetivos llegando a una situación donde empiezan a sufrir a nivel psicológico, pudiendo ocasionar a largo plazo fatiga física y emocional. De hecho, más de la tercera parte de los profesionales de la fisioterapia con tareas asistenciales padecen agotamiento emocional y una quinta parte de la misma se encuentra en un estado de sufrimiento debido a las otras dos dimensiones del Burnout (Serrano, Garcés, y Hidalgo, 2008).

En el estudio comentado con anterioridad realizado por Serrano, Garcés e Hidalgo en 2008, en relación al género, son los varones los que presentan el síndrome de estar quemado por el trabajo en una proporción cerca del doble respecto al sexo femenino. Sin embargo, es un dato que no coincide con las escasas investigaciones que existen sobre otros estudios de burnout en fisioterapeutas, ya que según otras referencias indican que existe un mayor porcentaje de Burnout pertenecientes al sexo femenino frente al masculino dentro del ámbito sanitario (Atance, 1997; MacMurray et al., 2000).

Si prestamos atención a la edad, algunas investigaciones han considerado una edad de más de 44 años como una variable que puede suponer un riesgo de burnout en el personal sanitario (Atance, 1997; Schuster et al., 1984), pero en otros trabajos destacaron que la edad media de los fisioterapeutas es de 32 años.

Después de realizar esta revisión bibliográfica sobre el tema podemos concluir que las investigaciones existentes en la actualidad sobre el denominado Síndrome de Burnout entre los fisioterapeutas son escasas, ya que no existe una gran evidencia científica que afirme resultados sobre el tema a estudio. Incluso de los estudios seleccionados podemos encontrar discrepancias ya que en algunos afirman que existe un elevado porcentaje de fisioterapeutas que padecen un desgaste profesional elevado mientras que en otras muestras diferentes indican que es bajo, también se debe destacar que las variables a estudio en las que se centran dichas investigaciones no siempre coinciden. De los estudios revisados, son más abundantes aquellos que afirman que la prevalencia de padecer este síndrome en los profesionales de la fisioterapia es baja. Aun así, en todos los artículos revisados a pesar de obtener algunos resultados de riesgo de burnout bajo, indican que son datos que no se pueden despreciar y hay que continuar con próximas investigaciones, ya que es un colectivo vulnerable que no se encuentra exento de padecer esta patología.

Por lo tanto, es muy necesario continuar realizando investigaciones en este ámbito sanitario para poder tener en un futuro una mayor referencia científica sobre el burnout en los fisioterapeutas. Se debería de prestar más atención en el análisis de la influencia de factores internos, así como la valoración de variables generadoras de estrés a nivel laboral y/o personal y su interacción con variables que recojan la personalidad del profesional a estudio, (Gil y Peiró, 1997; Moreno, González, y Garrosa, 2001). De la misma forma, es necesario continuar con líneas de intervención y programas de prevención que resulten eficaces frente al burnout en los profesionales de la fisioterapia.

Referencias

- Alves, D., Cirera, Y., y Giuliani, A.C. (2013). Vida con calidad y calidad de vida en el trabajo. *Invenio*, 16(30), 145-163.
- Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Blanco, G. (2011). Estrés laboral, trabajo emocional y salud en profesionales del área de la rehabilitación. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 12(2), 35-45
- Cañadas-De la Fuente, G.A., San Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I., y De la Fuente, E.I. (2014). Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and burnout levels among health workers. *Rev Lat Am Psicol*. 46, 44-52.
- Castro, A.M., Rodríguez, M.L., Moreno, C., Vicente, C., Arroyo, M., y Fernández, M.J. (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1), 17-22.
- Carles, R., Gómez-Conesa, A., y Abril, E. (2006). Estrés de índole laboral. *Fisioterapia*, 28(2), 87-97.
- Expósito, J.A., Echevarría, C., Del Pino, R., Díaz, P., Algarín, M.I., y Cayuela, A. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (Burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación*, 38(2), 59-65.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *J Soc Issues*, 30(1), 159-165.
- Gil, P.R., y Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del Maslach burnout inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 679-689.

González-Sánchez, B., González, M.V., Montanero-Fernández, J., Varela-Donoso, E., Rodríguez-Mansilla, J., y Mingote-Adán, J.C. (2017). Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(4), 361-365.

López-Araújo, B., Osca, A., y Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 81-87.

Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*, 2, 99-113.

Moya-Albiol, L., Serrano, M.Á., González-Bono, E., Rodríguez-Alarcón, G., y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 205-211.

Rodríguez, R., y De Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 72-88.

Schuster, N.D., Nelson, D.L., y Quisling, C. (1984). Burnout among physical therapists. *Physical Therapy*, 64, 299-303.

Serrano, M.F., Garcés, E.J., y Hidalgo, M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 361-368.

CAPÍTULO 37

Resiliencia y afrontamiento en trabajadores españoles

María José Fínez Silva
Universidad de León, España

Introducción

En este trabajo se ha estudiado el afrontamiento y la resiliencia en trabajadores. Estos dos constructos están poco investigados de forma conjunta en el ámbito laboral. Según Glennie (2010) las estrategias de afrontamiento están muy relacionadas con los factores protectores de la resiliencia. Son dos constructos relacionados, la resiliencia se refiere a los resultados positivos en respuesta a una situación estresante y el afrontamiento se refiere a las estrategias utilizadas para manejar los efectos de la situación estresante (Guttman y Shoon, 2013). Rutter (1987) define la resiliencia como los factores protectores que modifican, mejoran o alteran la respuesta de la persona a los acontecimientos peligrosos que predisponen a resultados poco adaptativos. La resiliencia es la habilidad para adaptarse a los acontecimientos adversos, superarlos y ser capaz de lograr un progreso exitoso a pesar de haber vivido una situación traumática. Otras definiciones consideran la resiliencia como una adaptación positiva en el contexto de una significativa adversidad (Luthar, Cicchetti, y Becker, 2000). La resiliencia incluye dos procesos relevantes: resistir en el trauma y rehacerse del mismo. Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantenerse en equilibrio sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. Además, son capaces de aprender y crecer a partir de esas experiencias adversas (Bonanno et al., 2002; Bonanno y Kaltman, 2001).

Se ha considerado la resiliencia como propia de personas excepcionales, sin embargo, está claramente demostrado que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas. La investigación más reciente sobre la adaptación positiva a la adversidad extrema pone de manifiesto que la resiliencia es relativamente más común entre niños y adolescentes que han estado expuestos a la adversidad, al trauma y al infortunio (Morán, 2012).

Los actuales estudios de la resiliencia se realizan desde tres aproximaciones: quienes la consideran como un rasgo, como un resultado o como un proceso (Hu, Zhang, y Wang, 2015). La aproximación al rasgo considera la resiliencia como un rasgo de personalidad que ayuda a los individuos a afrontar la adversidad y a lograr un buen ajuste y desarrollo posterior. Los investigadores que sustentan esta aproximación consideran que la resiliencia protege a los individuos ante el impacto de la adversidad y los acontecimientos traumáticos (Connor y Davidson, 2003; Ong, Bergeman, Bisconti, y Wallace, 2006). La aproximación al resultado considera la resiliencia como una función o un resultado conductual que ayuda a los individuos a recuperarse y a superarse desde la adversidad (Harvey y Delfabbro, 2004). La aproximación a la resiliencia como proceso la ve como un proceso dinámico en el cual los individuos se adaptan activamente a las grandes adversidades y se recuperan rápidamente de ellas (Fergus y Zimmerman, 2005).

El afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1986) como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Un afrontamiento adecuado a una situación determinada conduce a un ajuste adecuado, y como evidencia de la adaptación encontramos el bienestar, el funcionamiento social y la salud somática (Lazarus, DeLongis, Folkman, y Gruen, 1985). En la literatura se distinguen dos tipos de afrontamiento: centrado en el problema y

centrado en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema son los esfuerzos cognitivos o conductuales que los individuos se dirigen a minimizar o eliminar los estresores, incluye establecer un plan de acción, buscar recursos y ayuda, reinterpretar el significado de un fracaso etc. En el afrontamiento centrado en la emoción el individuo emplea estrategias para manejar o reducir su malestar (*distress*) emocional asociado con la situación estresante. Las personas tienden a utilizar más las estrategias centradas en el problema cuando la situación se percibe alterable y más las centradas en la emoción cuando se percibe inalterable (Lazarus y Folkman, 1986). Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes.

Algunos autores hablan de estilos, o recursos, además de estrategias de afrontamiento. Sandín (2003) indica que las formas de afrontamiento proporcionan pautas para explicar las diferencias en la adaptación al estrés; también tienen que ver con las diferencias que se dan entre los individuos en la mayor o menor exposición a los estresores sociales; además, hace la diferencia entre estrategias, estilos y recursos, explicando que las estrategias de afrontamiento son más específicas, se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajarse, ver películas, buscar apoyo social. Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, lugar de control, percepción de control, autoeficacia, autoestima, sentido del optimismo (Sandín, 2003).

En esta investigación hemos utilizado el COPE-28 que es la versión adaptada del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga (documento sin publicar). Este cuestionario consta de 14 estrategias de afrontamiento: 1) Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor. 2) Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar. 3) Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 4) Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión. 5) Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor. 6) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos. 7) Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales interfiere el estresor. 8) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 9) Negación: Negar la realidad del suceso estresante. 10) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 11) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 12) Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor. 13) Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma. 14) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido (Morán, Landero y González, 2010).

En este trabajo nos planteamos como objetivo principal determinar qué estrategias de afrontamiento utilizan las los trabajadores más resilientes ante los problemas y qué diferencias existen en función del género tanto en resiliencia como en las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Método

Participantes

Participaron 408 trabajadores en activo del norte de España, siendo el 50,5% varones. La media de edad fue de 39,74 años (D.T. = 13,024). El sujeto más joven tenía 18 años y el de más edad 65 años. El 63,5% de los trabajadores pertenecían al sector servicios, el 19,1% al sector industria y construcción, el

12,7% al sector sanidad y educación y el 4,7% al sector de la administración, respecto al tipo de empresa, el 23,8% pertenecían a empresa pública y el 76,2% a empresa privada.

Instrumentos

La Escala de Resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC 25 (Connor y Davidson, 2003) consta de 25 ítems que se responden en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: 0 “nunca”, 1 “rara vez”, 2 “a veces”, 3 “a menudo” y 4 “casi siempre”. El sujeto debe responder la escala pensando en cómo se ha sentido durante el último mes. La fiabilidad de la escala según Connor y Davidson en su estudio de 2003 en una muestra de población general norteamericana fue de ,89. En nuestro estudio la fiabilidad fue ,85. La puntuación total oscila entre 0 y 100, mayores puntuaciones indican mayor resiliencia.

El COPE-28 es la versión española del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga (documento sin publicar). Es un inventario que consta de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala tipo Likert de 4 alternativas de respuesta: 0 “no, en absoluto”, 1 “un poco”, 2 “bastante”, 3 “mucho”. Las subescalas constan de dos ítems cada una. En el estudio de Carver (1997), en una población estadounidense que habían sido víctima de un huracán, la fiabilidad de las escalas se precisó entre ,50 y ,90. En nuestra investigación la fiabilidad de las escalas osciló entre ,45 y ,92.

Procedimiento

Con el entrenamiento y las instrucciones necesarias por parte de los investigadores, las pruebas fueron aplicadas por estudiantes de Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos, del Máster Universitario en Gestión de Prevención de Riesgos Laborales y del Máster Universitario en Investigación en Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de León. Cada estudiante aplicó tres cuestionarios a trabajadores en activo de su entorno próximo. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. Los datos fueron recogidos entre octubre de 2016 y abril de 2017. Los investigadores realizaron la introducción de los datos y el análisis de los mismos utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 24.

Análisis de datos

Se hicieron análisis estadísticos descriptivos y de frecuencias; se halló la correlación de Pearson y se hizo la prueba *t* de diferencia de medias para averiguar las diferencias en función del sexo en las variables estudiadas.

Resultados

En la tabla 1 se muestra la correlación existente entre las estrategias de afrontamiento y la resiliencia. Se halló una correlación positiva y significativa entre la resiliencia y afrontamiento activo $r = ,470$, $p < ,000$), reinterpretación positiva $r = ,327$, $p < ,000$), aceptación $r = ,322$, $p < ,000$), planificación $r = ,309$, $p < ,000$) y humor $r = ,148$, $p < ,003$). Los resultados nos indican que la resiliencia establece correlaciones negativas y significativas con desconexión ($r = -,291$, $p < ,000$), uso de sustancias ($r = -,217$, $p < ,000$), desahogo ($r = -,201$, $p < ,000$), autoinculpación ($r = -,161$, $p < ,001$), negación ($r = -,151$, $p < ,002$) y apoyo instrumental ($r = -,126$, $p < ,011$).

Tabla 1. Correlación de Pearson entre la Resiliencia y las Estrategias de Afrontamiento

Resiliencia y E. de Afrontamiento	Correlación de Pearson	
	1	<i>p</i>
Resiliencia	1	
Afrontamiento Activo	,470**	,000
Planificación	,309**	,000
Apoyo Emocional	,006	,908
Apoyo Instrumental	-,126*	,011
Religión	-,029	,559
Reinterpretación Positiva	,327**	,000
Aceptación	,322**	,000
Negación	-,151**	,002
Humor	,148**	,003
Autodistracción	-,008	,877
Autoinculpación	-,161**	,001
Desconexión	-,291**	,000
Desahogo	-,201**	,000
Uso de sustancias	-,217**	,000

Tabla 2. Diferencias por sexo en resiliencia y estrategias de afrontamiento

Escalas		<i>t</i>	<i>p</i>	Sexo	Media	D. T.
CDRISC 25	Resiliencia	,792	,429	Varón	71,06	10,632
				Mujer	70,20	11,428
	Afrontamiento Activo	-,870	,385	Varón	4,54	1,137
				Mujer	4,63	1,062
	Planificación	1,141	,255	Varón	4,07	1,257
				Mujer	3,93	1,260
	Apoyo Emocional	-2,894	,004	Varón	3,44	1,463
				Mujer	3,86	1,500
	Apoyo Instrumental	-3,110	,002	Varón	3,05	1,266
				Mujer	3,47	1,408
	Religión	-1,223	,222	Varón	1,04	1,542
				Mujer	1,23	1,576
	Reinterpretación Positiva	-1,064	,288	Varón	3,33	1,350
				Mujer	3,48	1,404
COPE-28	Aceptación	-,269	,788	Varón	4,12	1,257
				Mujer	4,15	1,151
	Negación	-2,066	,039	Varón	1,07	1,282
				Mujer	1,35	1,438
	Humor	1,670	,096	Varón	2,64	1,845
				Mujer	2,35	1,648
	Autodistracción	-2,379	,018	Varón	3,31	1,601
				Mujer	3,67	1,517
	Autoinculpación	-,108	,914	Varón	2,78	1,434
				Mujer	2,79	1,444
	Desconexión	,618	,537	Varón	,83	1,228
				Mujer	,76	1,144
	Desahogo	-3,244	,001	Varón	2,19	1,407
				Mujer	2,64	1,422
	Uso de sustancias	3,502	,001	Varón	,63	1,418
				Mujer	,23	,786

Diferencias según el sexo

En la tabla 2, la prueba *t* de diferencia de medias para muestras independientes, se muestra que existen diferencias significativas a favor de las mujeres en desahogo ($t = -3,244$, $p = ,001$), apoyo instrumental ($t = -3,110$, $p = ,002$), apoyo emocional ($t = -2,894$, $p = ,004$), autodistracción ($t = -2,379$, $p = ,018$) y

negación ($t = -2,066, p = ,039$). Los varones destacan sobre las mujeres en uso de sustancias ($t = 3,502, p = ,001$). En el resiliencia no existen diferencias significativas por sexo.

Discusión/Conclusiones

Los trabajadores que son capaces de adaptarse a los acontecimientos adversos, superarlos y ser capaces de lograr un progreso exitoso a pesar de haber vivido una situación traumática, aceptan la situación adversa, planifican estrategias de acción e inician acciones directas para eliminar o reducir al estresor. Además, buscan el lado positivo y favorable del problema, intentando mejorar o crecer a partir de la situación y hacen uso del humor como estrategia de afrontamiento. Fínez y García (2012) en una muestra de estudiantes universitarios hallaron que los más resilientes utilizan mayormente el afrontamiento activo, la planificación, el apoyo instrumental, el humor, la reinterpretación positiva y la aceptación como estrategias de afrontamiento. En otros estudios realizados con universitarios se halló que la resiliencia está significativamente relacionada con afrontamiento centrado en el problema (González y Artuch, 2014; Chen, 2017; Yoon y cols. 2014; De la Fuente y cols. 2017), y que el afrontamiento centrado en la emoción está más asociado con elevados niveles de estrés (Li, 2008; Steinhart y Dolbier, 2008; Terzi, 2013). Sagone y De Caroli (2014) hallaron que los estudiantes universitarios con una actitud positiva vinculada al desafío, el compromiso y el control (factores típicamente propios de personas altamente resilientes) probablemente adoptaran estrategias enfocadas al problema y evitaran huir de los eventos estresantes. Rabenu y Yaniv (2017) en una muestra de trabajadores, hallaron que los más resilientes utilizaban menos la evitación para afrontar situaciones adversas.

Los trabajadores más resilientes no niegan la realidad del suceso estresante, no se culpabilizan por el mismo ni reducen los esfuerzos para eliminar el estresor. Tampoco expresan su malestar emocional o descargan sus sentimientos con otros, ni utilizan el apoyo emocional como estrategia de afrontamiento. No utilizan el alcohol u otras sustancias para sentirse bien o para soportar al estresor. En una muestra de estudiantes universitarios Fínez y García (2012) hallaron que los estudiantes más resilientes utilizan en menor medida la desconexión conductual como estrategia de afrontamiento.

Respecto a las diferencias de género, en esta investigación no se hallaron diferencias significativas en resiliencia. En una muestra de trabajadores de geriátricos Méndez y cols. (2015) tampoco hallan diferencias significativas por género, ni De la Fuente y cols., (2013); McLafferty, Mallet y McCauley, (2012); y González y Artuch, (2014) en muestras de estudiantes universitarios.

En el presente trabajo si se encontraron diferencias en función del género en las estrategias de afrontamiento. Las mujeres utilizan en mayor medida el desahogo, apoyo instrumental, apoyo emocional, autodistracción y negación como estrategias de afrontamiento. Los varones utilizan más el uso sustancias para sobrellevar la situación estresante, Valencia y cols. (2017) también hallan que los varones destacan sobre las mujeres es el uso de sustancias, además en autoinculpación y en humor. Sagone y De Caroli, (2014) también hallan diferencias por género, las mujeres tienden a usar más la búsqueda de apoyo social y las estrategias centradas en la emoción como comunicar los sentimientos. McLafferty, Mallet, y McCauley (2012) no encuentran diferencias significativas por género en afrontamiento y De la Fuente y cols., 2013 y Zapata, 2013) indican que no hay diferencias claras por género aunque las mujeres muestran una mayor tendencia a hacer más uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Podemos concluir que es un prioridad potenciar en los trabajadores las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas más resilientes porque de este modo podrán afrontar eficazmente las situaciones laborales que le generan estrés. Los trabajadores más resilientes y con estrategias de afrontamiento más eficaces serán trabajadores más satisfechos en el ámbito laboral. Yang, Tang, y Zhou (2017) en una muestra de profesionales de la sanidad hallaron que la resiliencia se relaciona con la satisfacción laboral y la afectividad positiva, en la misma línea están las investigaciones de Yan (2015) y Ren, Lou, Huang,

Zhou, y Chen (2016). Por tanto, la resiliencia como las estrategias de afrontamiento son dos constructos a seguir investigando en el ámbito laboral para su mayor conocimiento y promoción.

Referencias

- Bonanno, G.A., y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00062-3.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., y Sonnega, J. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164. doi: 10.1037/0022-3514.83.5.1150.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Chen, C. (2017). The role of resilience and coping styles in subjective well-being among Chinese university students. *Asia-Pacific Education Researcher*, 25(3), 377-387.
- Connor, K., y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113.
- De la Fuente, J., Fernández-Cabezas, M., Cambil, M., Vera, M., González-Torres, M.C., y Artuch-Garde, R. (2017). Linear relationship between resilience, learning approaches, and coping strategies to predict achievement in undergraduate students. *Frontiers in Psychology*, 8, 1039. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01039.
- De la Fuente, J., Zapata, L., Putwain, D., González-Torres, M.C., y Artuch, R. (2013). *Relationship between resilience and strategies for coping with stress at university. CIEAE 2013*. Lisboa: Institute of Education, July, 15-18.
- Fergus, S., y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357.
- Fínez, M.J., y García, A.J. (2012). Relación entre la resiliencia personal y las estrategias de afrontamiento en estudiantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 111-116.
- Glennie, E.J. (2010). Coping and resilience. En J.A. Rosen, E.J. Glennie, B.W. Dalton, J.M. Lennon y R.N. Bozick (2010). *Noncognitive Skills in the Classroom: New Perspectives on Educational Research* (pp. 169-194). Research Triangle Park, NC: RTI Press.
- González, M.C., y Artuch, R. (2014). Perfiles de resiliencia y estrategias de afrontamiento en la universidad: variables contextuales y demográficas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3), 621-648. ISSN: 1696-2095. 2014, no. 34. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.34.14032>
- Gutman, L.M., y Schoon, I. (2013). *The impact of non-cognitive skills on outcomes for young people: literature review*. Education Endowment Foundation (EEF) and the UK Cabinet Office.
- Harvey, J., y Delfabbro, P.H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13. doi: 10.1080/00050060410001660281.
- Hu, T., Zhang, D., y Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.039.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S., DeLongis, A., Folkman, S., y Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 770-779. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.770>
- Li, M.H. (2008). Relationships among stress coping, secure attachment, and the trait of resilience among Taiwanese college students. *College Student Journal*, 42, 312-325.
- Luthar, S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164>.
- McLafferty, M., Mallet, J., y McCauley, V. (2012). Coping at university: the role of resilience, emotional intelligence, age and gender. *Journal of Quantitative Psychological Research*, 1, 1-6.
- Méndez, I., García-Sevilla, J., Martínez, J.P., Botí, M.A., Cánovas, A.B., y Clemente, Y. (2015). Resiliencia en trabajadores y en residentes de un centro de personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 65-73. doi: 10.1989/ejihpe.v1i1.91.
- Morán, C. (2012). *Una psicología en el ámbito laboral. Competencias para recursos humanos*. Amarú: Salamanca.

- Morán, C., Landero, R., y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., y Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions and successful adaption to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749. doi: 10.1037/0022-3514.91.4.730
- Rabenu, E., y Yaniv, E. (2017). Psychological resources and strategies to cope with stress at work. *International Journal of Psychological Research*, 10(2) 8-14. doi: 10.21500/20112084.2698.
- Ren, Y., Luo, T., Huang, M., Zhou, Y., y Chen, L. (2016). Analysis of the correlation between psychological resilience, job satisfaction and turn over intention of nurses in 10 general hospitals in Guangzhou. *Journal of Nursing*, 23(11), 46-50.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331. <http://dx.DOI.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541>.
- Sagone, E., y De Caroli, M.E. (2014). A correlational study on dispositional resilience, psychological well-being, and coping strategies in university students. *American Journal of Educational Research*, 2(7), 463-471. doi: 10.12691/education-2-7-5.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Steinhart, M., y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56 (4), 445-53. doi: 10.3200/JACH.56.44.445-454.
- Terzi, S. (2013). Secure attachment style, coping with stress and resilience among university students. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(2), 97-109.
- Valencia, P., Paz, J., Paredes, E., León, M., Zuñe, C., Falcón, C., Portal, R., Cáceres, R., y Murillo, L. (2017). Evitación experiencial, afrontamiento y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana. *Interacciones*, 3(1), 45-58. doi:10.24016/2017.v3n1.43.
- Yan, X. (2015). Application of humanized management model in neurology nursing management. *Journal of Clinical Medical Literature*, 25, 5319-5320.
- Yang, J., Tang, S., y Zhou, W. (2017). Resiliencia psicológica y satisfacción laboral de enfermeros: el efecto mediador de la afectividad positiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 194-201.
- Yoon, J., Lee, J., Lee, C., Cho, M., y Lee, S. (2014). Suppressor effects of coping strategies on resilience. *Asia Pacific Education Review*, 15, 537-545. doi: 10.1007/s12564-014-9343-8.
- Zapata, L. (2013). *Self-regulation, learning and coping in stressful contexts of higher education*. Doctoral Dissertation. Almería: Facultad de Humanidades y Psicología. Universidad de Almería.

CAPÍTULO 38

Vocación profesional en la policía local: Motivación, autoconcepto e influencia familiar y social

Yolanda Navarro Abal y José Antonio Climent Rodríguez
Universidad de Huelva

Introducción

Siguiendo a Rivas (1998) la elección profesional constituye una faceta del desarrollo psicosocial (en forma de proceso psicológico de tipo afectivo, cognitivo y comportamental) de carácter gradual, que lleva al individuo a su plena socialización a través del empleo de su tiempo productivo por medio de su inserción en el mundo laboral.

Son diferentes los enfoques relacionados con la elección profesional que determinan las múltiples variables que condicionan la orientación profesional de las personas en la toma de decisiones. En este sentido, Sánchez (2012), lleva a cabo la siguiente clasificación:

a) Enfoques no psicológicos como los basados en Factores Causales o Fortuitos (Teorías del azar) de Miller y Form (1951), Factores económicos (ley de la oferta y la demanda) de Castaño (1983), y Factores sociológicos de Rivas (1976).

b) Enfoques Psicológicos como el enfoque de Rasgos y Factores de Parsons, factores de Parsons (1909), Williamson (1965), Lofquis y Dawis (1984), Holland (1981) y Super (1953). Dentro de este enfoque se puede diferenciar a su vez, el Modelo Psicodinámico, con los enfoques analíticos de Brill (1949), Bordin, Nachman, y Segal (1963) y Bordin (1968), la Teoría de la elección vocacional basada en las necesidades de Roe (1982) y Siegelman (1964) y el enfoque del concepto de sí mismo de Super (1951, 1953, 1963, 1985), de Tiedeman y O'Hara (1970), de Osipow (1976), de Castaño (1983), de Brown y Brooks (1984), y de Rodríguez-Espinar y Garanto (1993), enfoques evolutivos o de desarrollo (Carter, 1940), Ginzberget et al. (1951), Super (1953, 1957), y Enfoques globales e integrales, en el que se integran, por su parte, el modelo socio-psicológico de Blan et al. (1956); el modelo de Holland (1978), el enfoque socio-fenomenológico de Super (1984), el enfoque de aprendizaje social para la toma de decisiones de Krumboltz (1976) y el enfoque de desactivación del desarrollo vocacional y personal (ADVP) de Pelletier y Bujold (1984).

En los diferentes planteamientos expuestos anteriormente se describen varias perspectivas que plantean diversas conclusiones. Algunas de ellas relacionan motivación profesional y eficacia/productividad/elección y desempeño profesional. Otras asocian motivación profesional con variables como sexo, edad, cultura, clase social, personalidad, influencia familiar, influencia del entorno social, etc. En este sentido, otro aspecto relevante es la motivación en relación con la elección profesional y el desempeño es la tipología de motivos subyacentes (de afiliación, logro y poder), basados en la teoría de la motivación humana de McClelland (1989).

El autoconcepto está realmente relacionado con el desempeño profesional en diferentes áreas (laboral, familiar, físico, social y emocional), al mismo tiempo que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales, morales y de otro tipo (García y Musitu, 2009). En este sentido, se ha demostrado la relación positiva entre autoconcepto y evaluación del desempeño, incluido en el comportamiento que adoptamos y en el modo de interactuar en diferentes situaciones.

El perfil profesional de la Policía está conformado por una serie de características específicas para su adecuado desempeño, que le hacen diferente a cualquier otra profesión asistencial, teniendo además que sufrir un estigma social cargado de connotaciones negativas consecuencia de su función sancionadora.

Este hecho, conduce a la reflexión de analizar la importancia del motivo que condujo al individuo a decidir pertenecer al cuerpo de la policía, como variable que pudiera mediar en la prevención de riesgos para la salud y en el desempeño profesional.

Objetivo general

Analizar las relaciones existentes entre motivación, autoconcepto e influencia familiar y social en la elección de la profesión de Policía.

Objetivos específicos

-Analizar la relación existente entre los niveles de autoconcepto (laboral, familiar, social, físico y emocional) y las variables: tener un familiar en los cuerpos policiales, haber sido influenciado por un familiar policía y la decisión en la elección de la profesión policial.

-Analizar la relación existente entre la motivación de logro, poder y afiliación y las variables: tener un familiar en el cuerpo de policía, haber sido influenciado por un familiar policía y la decisión en la elección de la profesión policial.

Método

Participantes

La muestra está conformada por 158 policías locales procedentes de diferentes municipios de la región de Andalucía (España) que completan su formación de especialización policial mediante los cursos de preparación para el ingreso en el cuerpo impartido en la Escuela de Seguridad Pública de Andalucía.

El rango de edad está comprendido entre los 23 y los 39 años, siendo 142 hombres (89,6%) y 16 mujeres (10,4%). En relación a la formación, el 66,6% han cursado hasta el Bachillerato, y el 33,4% han llevado a cabo estudios universitarios. En cuanto al estado civil, el 58,8% son solteros frente al 38,6% que están casados o conviviendo con su pareja.

Instrumentos

Para la realización de este trabajo se usaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Protocolo de recogida de información de variables sociodemográficas, conformado por 10 preguntas de respuesta abierta.
- Protocolo de recogida de información, constituido por 23 ítems, formato de respuesta escala likert y tres dimensiones (motivación de logro, poder y afiliación). Esta escala fue desarrollada para este fin y su fiabilidad fue valorada mediante acuerdo interjueces.
- Escala de Autoconcepto formas 5 (AF5) (García y Musitu, 2009), compuesto por 30 ítems, formato de escala continua, que evalúan el autoconcepto presente en el sujeto en sus contextos Social, Académico/profesional, Emocional, Familiar y Físico. Contiene las dimensiones social, laboral, físico, emocional y familiar.

Procedimiento

La recogida de datos se lleva a cabo en las horas destinadas a la formación dentro de la escuela. Se asegura la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Análisis de datos

Se trata de un estudio descriptivo de carácter transversal.

Resultados

Los resultados de este estudio se exponen a continuación:

1. Tener familia en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

1.1. Tener familia y autoconcepto laboral, social, emocional, físico y familiar.

Tabla 1. Tener familia y autoconcepto laboral, social, emocional, físico y familiar

	Media	Desviación típica	Prueba de Levene		Prueba t	
			F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Autoconcepto Laboral	8,48 7,40	1,13 ,94	,416	,521	,366	,035*
Autoconcepto Social	8,55 8,21	1,10 1,22	,103	,749	1,225	,224
Autoconcepto Emocional	7,71 7,50	1,40 1,63	,052	,820	,585	,560
Autoconcepto Físico	8,15 7,79	1,35 1,09	1,209	,275	1,280	
			U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	
Autoconcepto Familiar	9,26 8,08	,78 1,05	620,500	1701,500	-964	

* $p < 0,05$.

En relación a la dimensión de autoconcepto y la variable tener familia en la policía, se puede observar diferencias estadísticamente significativas. Son las personas con familiares policías las que presentan un mayor nivel de autoconcepto laboral ($M=8,48$; $D.T.=1,13$) en comparación a los que no ($M=7,40$; $D.T.=0,94$), así como un mayor nivel de autoconcepto familiar ($M=9,26$; $D.T.=,78$) en relación a los otros ($M=8,08$; $D.T.=1,05$).

1.2. Tener familia y motivación de poder, logro y afiliación.

Tabla 2. Tener familia y motivación de poder, logro y afiliación

	Media	Desviación típica	Prueba de Levene		Prueba T	
			F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Motivación Poder	2,80 1,90	,6164 ,559	,000	,990	-,434	,005*
			U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Motivación Afiliación	3,42 3,46	,382 ,365	655,500	1151,500	-,615	,539
Motivación Logro	3,46 3,43	,195 ,216	690,000	1771,000	-,241	,809

* $p < 0,05$.

En relación a la dimensión motivación y la variable tener familia en la policía, se puede observar diferencias estadísticamente significativas en relación a la dimensión motivación de poder. Son las personas con familiares que pertenecen a los cuerpos policiales las que presentan un mayor nivel de motivación de poder ($M=2,80$; $D.T.=,805$) frente a los que no ($M=1,90$; $D.T.=,212$).

2. Influencia familiar.

2.1. Influencia familiar y autoconcepto laboral, social, emocional, físico y familiar.

En relación a la dimensión autoconcepto y la variable influencia familiar, se observan diferencias estadísticamente significativas en relación a la dimensión autoconcepto familiar. Son las personas con familiares policías las que presentan un mayor nivel de autoconcepto familiar ($M=9,40$; $DT=1,159$) frente a los que no ($M=8,90$; $DT=,000$).

Tabla 3. Influencia tener familia y autoconcepto laboral, social, emocional, físico y familiar

			Prueba de Levene		Prueba t	
	Media	Desviación típica	F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Autoconcepto Laboral	8,39	1,154	1,685	,205	-,710	,483
	8,98	,235				
Autoconcepto Social	8,51	1,159	5,731	,023	2,379	,716
	8,00	,000				
Autoconcepto Emocional	7,66	1,440	1,352	,254	,122	,904
	7,54	,530				
Autoconcepto Físico	8,05	1,375	3,956	,056	-,272	,788
	8,32	,011				
			U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Autoconcepto Familiar	9,40	,805	24,500	27,500	-,364	,024*
	8,90	,212				

* $p < 0,05$.

2.2. Influencia familiar y motivación de poder, logro y afiliación.

Tabla 4. Influencia familiar y motivación de poder, logro y afiliación

			Prueba de Levene		Prueba T	
	Media	Desviación típica	F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Motivación Poder	2,96	,623	3,353	,077	-,077	,039*
	2,60	0,000				
			U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Motivación Afiliación	3,4397	,38762	24,500	27,500	-,374	,709
	3,3750	,17678				
Motivación Logro	3,4680	,20346	20,000	23,000	-,734	,463
	3,4286	,00000				

* $p < 0,05$.

En relación a la dimensión motivación y la variable influencia familiar, se observan diferencias estadísticamente significativas en relación a la dimensión motivación de poder y la variable influencia familiar. Son las personas con familiares policías las que presentan un mayor nivel de motivación de poder ($M=2,96$ y $DT=0,623$) frente a los que no ($M=2,60$; $DT=,000$).

3. Decisión en la selección de profesional.

3.1. Decisión en la selección profesional y autoconcepto laboral, social, emocional, físico y familiar.

Tabla 5. Motivos para la selección profesional

Motivos	N
Vocación	32
Familiar	48
Estabilidad Laboral	24
Salario	22
Me Gusta	23
Otros	9

Tal como se puede observar, la primera casusa de elección de la profesión es debido a variables relacionadas con la familia.

Tabla 6. Decisión profesional y autoconcepto laboral, social, emocional, físico y familiar

	F	Sig.
Autoconcepto Laboral	,124	,987
Autoconcepto Social	,603	,698
Autoconcepto Emocional	,993	,428
Autoconcepto Físico	,746	,592
	Chi-Cuadrado	Sig.
Autoconcepto Familiar	6,356	,273

*p<0,05.

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en esta variable, no apareciendo una relación entre la decisión profesional y el autoconcepto en sus diferentes áreas.

3.2. Decisión en la selección profesional y motivación de poder, logro y afiliación.

Tabla 7. Decisión profesional y motivación de poder, logro y afiliación

	F	Sig.
Motivación Poder	,258	,934
	Chi-cuadrado	Sig.
Motivación Afiliación	4,028	,545
Motivación Logro	8,055	,153

*p<0,05.

No se observa relación significativa entre la toma de decisiones en el ámbito profesional y la motivación para su elección.

Discusión/Conclusiones

Según los resultados obtenidos, y en función a la muestra analizada, las conclusiones generales de este estudio han sido:

- No existe una variable determinante para explicar la elección profesional realizada por los policías locales.
- Tener un familiar en los Cuerpos policiales es un factor relevante para explicar un mayor nivel de autoconcepto laboral y familiar.
- Tener un familiar policía es uno de los factores que se consideran moduladores para explicar una mayor motivación de poder.
- La influencia familiar es una variable que favorece un mayor nivel de autoconcepto familiar.
- La influencia familiar es una variable que promueve una mayor motivación de poder.

Referencias

- García, F., y Musitu, G. (2009). *AF5: Self-concept form 5*. Madrid: Tea.
- McClelland, D. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Madrid: Narcea.
- Rivas, F. (1998). *Sistemas de Autoayuda y Asesoramiento Vocacional: Manual del SAV-R y SAVI-2000*. Valencia: SAVED, SL
- Sánchez, J. (2012). *La orientación vocacional como intervención educativa*. Madrid: Lyneo.

Diagnóstico, tratamiento y envejecimiento

CAPÍTULO 39

La Psicología Positiva en la investigación del envejecimiento: Revisión del estado emocional en la vejez

María Antonia Parra-Rizo
Universidad Miguel Hernández de Elche

Introducción

El aumento de la esperanza de vida de las personas mayores a nivel mundial sugiere el mantenimiento del cuidado de su salud; a la par que la necesidad de reducir los índices de institucionalización y la mejora de la calidad de vida de los mayores (Onunkwor et al., 2016). Este desafío es fruto del desarrollo en la educación, los avances sanitarios y progresos socioeconómicos (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013). Por lo que, recientemente, el envejecimiento se ha convertido en un desafío fruto del cambio demográfico (Shanckar, Bjorn, y Steptoe, 2015).

De hecho, tal y como indica la OMS (2016), se prevé que para 2030, el 22% de la población mundial corresponderá, en su mayor proporción, a personas mayores. La tendencia sociodemográfica indica que la población mayor de 65 años está en continuo crecimiento, lo que sitúa al envejecimiento como un tema prioritario en los próximos años tal y como se ha comentado anteriormente. En esta línea, y tal y como sugiere Cuenca-Amigo y San Salvador del Valle (2016), la OCDE, de acuerdo con la UE, en su documento *A Good Life in Old Age* (2013) indica la necesidad de prestar atención a los datos y políticas con la finalidad de observar cuales son los estándares de calidad por un envejecimiento activo.

El envejecimiento es un proceso progresivo y dinámico que determina una mayor vulnerabilidad y procesos patológicos (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, y Moreira, 2012), además es individual y heterogéneo (Falque, 2014; Limón y Ortega, 2011) y depende en mayor medida de factores ambientales o conductuales, como los estilos de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, los déficits cognitivos, así como otros problemas médicos y uso de medicamentos, hace a los adultos mayores más vulnerables para presentar sintomatología depresiva (Martínez et al., 2002). De hecho, teniendo en cuenta que la depresión es una patología correspondiente con adultos mayores, unido al incremento de la población mayor, ha hecho que se convierta en un carácter prioritario de salud pública (Martin et al., 2008).

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (IMSERSO y Ministerio de Sanidad, 2011) y siguiendo con la OMS (2012), entiende por envejecimiento activo “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Al respecto, y tal como indica Vagetti et al. (2014), un componente importante durante el proceso de envejecimiento es la calidad de vida. La calidad de vida compone aspectos objetivos, como las condiciones ambientales y físicas, factores sociales o indicadores de salud. Por otro lado, incluye características subjetivas como la satisfacción con la vida, bienestar o cualquier apreciación subjetiva, así como el individuo percibe el contexto y condiciones personales o individuales como las circunstancias sociales, de salud o físicas individuales (Santacreu, Bustillos, y Fernández-Ballesteros, 2016).

La psicología positiva entiende la comprensión de las experiencias subjetivas, así como las características positivas de las personas para mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías. Hasta ahora ha predominado la perspectiva patológica, donde prevalecen los aspectos negativos frente a los positivos, destacando las enfermedades y patologías, así como el deterioro. Esta característica, ha hecho que el envejecimiento sea un modelo relegado de cualquier aspecto en positivo. Tal es así que aspectos

como la esperanza, sabiduría, creatividad, optimismo, valor o espiritualidad, así como la perseverancia han sido ignorados (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

A nivel subjetivo, y desde la psicología positiva, se tratan experiencias subjetivas positivas como el bienestar y satisfacción; interés, alegría, y felicidad; y pensamientos constructivos acerca del futuro, optimismo, esperanza y fe en el futuro (Seligman, 2004). En el nivel individual, trata de los rasgos personales positivos tales como capacidad de amor, vocación, valor, habilidades interpersonales, sensibilidad estética, perseverancia, perdón, originalidad, optimismo en el futuro, alto talento y sabiduría. A nivel de grupo trata de las virtudes cívicas y de las instituciones que hacen progresar a los individuos y les convierten en buenos ciudadanos como responsabilidad, cuidado, altruismo, urbanidad, moderación, tolerancia y trabajo ético.

El objetivo de la psicología positiva es mejorar la calidad de vida, prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías, curar el sufrimiento; también, desde una concepción más constructiva, se debe centrar en el desarrollo de fortalezas y en la prevención (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Se ha demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadores contra los trastornos mentales. Parece existir suficiente evidencia empírica de que determinadas características positivas y fortalezas humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor, entre otras, actúan como barreras contra los trastornos.

El término psicología positiva fue utilizado por Abraham Maslow en 1954; y que se puede estudiar desde diversos niveles: biológico, cognitivo, interpersonal, institucional y social (Diener, 2009).

La psicología positiva es la ciencia de las experiencias positivas subjetivas, de los rasgos positivos de los individuos y de las instituciones que posibilitan la mejora de la calidad de vida y previenen las patologías que surgen cuando la vida es estéril y sin sentido (Morán et al., 2014). Algunas características como el optimismo, esperanza, espiritualidad, han sido ignorados (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

De este modo, la psicología positiva supone un cambio de visión desde el envejecimiento, así como una búsqueda de la felicidad para incrementar las emociones positivas. La visión positiva se refleja en la satisfacción vital de las personas (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Moya-Rubio, Reyes-Atabales, y Vilca-Salinas, 2010). Diversos estudios encuentran bajo nivel de sintomatología depresiva en personas con alta satisfacción vital, además de otras características claramente asociadas a la depresión, como la calidad y cantidad de interacciones sociales y participación en diversas actividades, menos pensamientos negativos y más optimismo (Carneiro et al., 2007; Csikszentmihalyi y Hunter, 2003; Diener y Seligman, 2002; Tarlow, Schwartz, y Haaga, 2002). La exclusión de las emociones y la focalización en la depresión ha desencadenado una perspectiva negativa en la que se resta importancia a las características del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Así la alegría, el optimismo, creatividad, humor e ilusión han sido ignoradas (Cuadra y Florenzano, 2003). Sin embargo, en los años 60 se ha ido desarrollando el estudio por los aspectos saludables y positivos del desarrollo humano, para así desarrollar el estudio de la felicidad en el ser humano. De esta forma, desde la psicología positiva, se pretende mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales o patologías, para así potenciar las competencias necesarias que atenúan estas patologías y mejoren el bienestar y la felicidad (Cuadra y Florenzano, 2003). Si bien, la misma necesita de constructos que faciliten el desarrollo de las investigaciones, así como de modelos y conceptos teóricos, que definan la felicidad. De este modo, podamos definir la felicidad como el homólogo de bienestar subjetivo, compuesto por los aspectos afectivos-emocionales; estados de ánimo de la persona y aspectos cognitivos valorativos como la satisfacción vital. Así nos debemos de centrar en las fortalezas de la persona. En la actualidad, la felicidad o satisfacción vital y salud son de primera relevancia, lo cual se ve reflejado en investigadores relacionados (Danner, Snowdon, y Friesen, 2001; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht, y Liffie, 2006; Wong y Fielding, 2007).

Ello conlleva una nueva línea de investigación conjunta entre las emociones positivas o vida placentera, el compromiso o vida comprometida, y el significado o una vida con significado (Seligman, 2003).

En relación a esta última mención, el estudio de los aspectos positivos en el ámbito del envejecimiento ha recibido poco interés, así como en la mejora de los estados emocionales en la vejez. Por ello, desde esta revisión, pretendemos enfatizar la importancia de la perspectiva positiva en el proceso de envejecimiento enfatizando la metodología empleada y los estudios existentes al respecto.

Metodología

Bases de datos

A lo largo de esta revisión las bases de datos empleadas para realizar la revisión comprenden desde bases de datos nacionales así como internacionales. De ellas, destaca Scopus, Web of Knowledge, Pubmed y ScienceDirect; así como PsycInfo y PsicoDoc.

Descriptores

Los descriptores empleados para la revisión han sido psicología positiva, emociones positivas, vejez, envejecimiento y estado emocional.

Fórmulas de búsqueda

Para la búsqueda hemos relacionado los descriptores anteriormente citados realizando fórmulas de búsqueda: psicología positiva AND envejecimiento AND Spain; psicología positiva AND vejez; estados emocionales AND vejez; envejecimiento AND estado emocional; positive psychology AND aging; emotion AND aging.

La búsqueda de artículos se ha realizado en diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales (Pubmed, Scopus, ScienceDirect, Web of Knowledge); y el descriptor debía encontrarse en el título, resumen, descriptor o keywords.

Resultados

Los beneficios evidenciados tras la revisión de la metodología se representan en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1. Evidencias de los estudios en el envejecimiento y la psicología positiva

Diener y Seligman, 2004	Shanckar, Bjorn y Steptoe, 2015
Lyubomirsky, King, y Diener, 2005	Cuenca-Amigo y San Salvador del Valle 2016
Abraham Maslow 1954;	Ferreira, Maciel, Costa, Silva, y Moreira, 2012
Seligman y Csikszentmihalyi, 2000	Vagetti et al. 2014
Onunkwor et al. 2016	Santacreu, Bustillos, y Fernández-Ballesteros, 2016

Discusión/Conclusiones

Tras la búsqueda destacar la cantidad de artículos que se centran en el estudio de los procesos patológicos ligados al proceso de envejecer. De hecho, en su mayoría, destaca el estudio de la depresión o procesos ligados al deterioro cognitivo o alternativos.

Esta búsqueda refleja una necesidad en la literatura científica dentro del ámbito del envejecimiento activo y saludable, es decir, el estudio de variables como la espiritualidad, bienestar, humor, la risa y alegría como factores protectores frente a los estados patológicos de la vejez o como prevención del deterioro cognitivo. Pese a ello el estudio de la pérdida de la memoria o la depresión destacan en la literatura, pero esta revisión, nos presenta aquí una nueva línea de investigación por desarrollar.

El amplio campo teórico levantado de las emociones positivas conduce a un amplio repertorio de pensamientos y acciones ya que ayuda a construir recursos que contribuyen al éxito futuro. Las emociones positivas han sido estudiadas como marcadores del bienestar y la felicidad (Diener y Seligman, 2004). Son varios los estudios sobre las emociones y las experiencias positivas que contribuyen positivamente a la vida (Lyubomirsky, King, y Diener, 2005), y además una mayor

satisfacción y longevidad. Además, las emociones positivas influyen en el estado de ánimo y en una mayor flexibilidad, creatividad e imaginación.

El estudio de la psicología positiva en el envejecimiento es una rama finalmente de estudio y desarrollo dentro del ámbito de la gerontología para la mejora de la vejez y su calidad de vida. Tener en cuenta esta rama de estudio podría posibilitar la mejora de los diversos procesos de envejecer.

En el ámbito de la gerontología se ha prestado una mayor atención a los procesos patológicos del proceso de envejecer ligado a enfermedad y patología. En la actualidad y como consecuencia de la mejora de la calidad de vida interesa mejorar el proceso de envejecer desde la perspectiva positiva.

Al respecto, son escasos los estudios encontrados de la psicología positiva en el proceso de envejecimiento, mayores y ámbito gerontológico; lo cual suscita una mayor necesidad para investigar de forma experimental las relaciones de esta perspectiva positiva en un mejor envejecimiento. Estudiar de forma experimental este ámbito de estudio, potenciará los estudios, así como las conclusiones y discusiones objeto de estudio. Ello ayudaría a abrir debate y sacar unas conclusiones firmes al respecto con la finalidad de profundizar en estudios experimentales al respecto donde se observen las mejoras citadas en la literatura mediante la evidencia científica.

Su aplicabilidad práctica en el ámbito de la gerontología sería innumerable, dado el alto índice demográfico en el que nos encontramos, ya que sería una técnica de prevención basada en la evidencia científica.

De entre las limitaciones encontradas, destacar la ausencia de estudios centrados en la psicología positiva dentro del ámbito del envejecimiento. Sin embargo, como conclusión final, el creciente interés desde el envejecimiento por el estudio de la psicología positiva antecede una línea de investigación futura por desarrollar.

Referencias

- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., y Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Csikszentmihalyi, M., y Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185-199.
- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(1), 83-96.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Moya-Rubio, Y., Reyes-Atabales, L., y Vilca-Salinas, J. (2010). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Revista Salud y Sociedad*, 1(2). Recuperado de <http://www.saludysociedad.cl/index.php/>
- Cuenca-Amigo, M., y San Salvador del Valle, R. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 79-84.
- Danner, D., Snowdon, D., y Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- Diener, E. (2009). Positive psychology: Past, present, and future. En S.J. López y C.R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp.7-12). Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., y Seligman, M.E.P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31.
- Diener, E., y Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Falque, L. (2014). La evidencia científica y el arte de envejecer. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), 110-118.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., y Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Doi: 10.1155/2013/298012.
- Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Costa, S.M.G., Silva, A.O., y Moreira, M.A.S.P. (2012). Envelhecimento ativo a sua relação com a independência funcional. *Texto y Contexto-Enfermagem*, 21(3), 513-518.
- IMSERSO y Ministerio de Sanidad (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Limón, M.R., y Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 1(6), 225-238.
- Lyubomirsky, S.L., King, L., y Diener, E. (2005). *The benefits of frequent positive affect: Does happiness main/article/view/17/37*.
- Martín, M., Baca, E., Alvarez, E., Bousoño, M., Eguiluz, I., Roca, M., et al. (2008). Depresión a largo plazo en pacientes geriátricos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 62-68.
- Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del Cuestionario de Yesavage Abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12, 620-630.
- Morán, C., Vicente, F., Sánchez, A., y Montes, E. (2014). La psicología positiva: antigua o nueva concepción. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 439-450.
- OECD y European Commission (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Paris: OECD Publishing.
- OMS. (2012). *IPAQ. International Physical Activity Questionnaire* (versión 2.0. español). Recuperado de <http://www.who.int/chp/steps/instrument/es/index/html>.
- OMS. (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: Hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. 24 de mayo de 2016. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf
- Onunkwor, O.F., Al-Dubai, S.A., George, P.P., Arokiasany, J., Yadav, H., Barva, A., y Shuaibu, H.O. (2016). A cross sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and quality of life outcomes*, 12, 6.
- Santacreu, M., Bustillos, A., y Fernández-Ballesteros, R. (2016). Multidimensional/ Multisystems/ Multinature Indicators of Quality of Life: Cross-Cultural Evidence from Mexico and Spain. *Social Indicators Research*, 126(2), 467-482.
- Seligman, M., (2004). *La auténtica felicidad*. Madrid, España: Ediciones B.
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shankar, A., Bjorn, S.B., y Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology y Health*, 30(6), 686-698.
- Steptoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S., y Liffie, C. (2006). Dispositional optimism and Elath behaviour in communitydwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, 11, 71-84.
- Tarlow, E., Schwartz, M., y Haaga, D. (2002). Are the very happy too happy? *Journal of Happiness Studies*, 3, 355-372.
- Vagetti, G.C., Filho, V.B., Moreira, N.B., Oliveira, V., Mazzardo, O., y De campos, W. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: A systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 1516-4446.
- Wong, W., y Fielding, R. (2007). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism a moderator or mediator? *Quality of Life Research*, 16, 53-63.

CAPÍTULO 40

Importancia de la detección de la depresión posparto: incidencia y factores de riesgo

Silvia Barberi García*, Susana Ayllón Beltrán**,
y María del Carmen Ruiz-Henestrosa Niño***

*Servicio Andaluz de Salud; **Diplomada en enfermería; ***Hospital de Cádiz

Introducción

La depresión posparto es un trastorno depresivo mayor manifestado por llanto, irritabilidad, una gran ansiedad, entre otros síntomas (Arranz-Lara et al., 2012; Martínez et al., 2001).

Su prevalencia mundial está en torno al 10-15%, siendo 3 veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados (Evans, Vicuña, y Marín, 2003; Alvarado et al., 2000). Se trata de un importante problema de salud que está en aumento de ahí su importancia (Martínez et al., 2001).

Los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad son múltiples entre los que se encuentran: embarazo no deseado, la edad de la puérpera, dificultades con la pareja, nivel socioeconómico, patología ginecológica así como patologías en el recién nacido, el tipo de parto, problemas en la lactancia (Alvarado et al., 2000; Evans, Vicuña, y Marín, 2003). También se relaciona con conductas poco saludables como el hecho de 09 no llevar seguimiento prenatal así como el consumo de sustancias nocivas lo cual puede provocar incluso intentos de suicidios y suicidios consumados (Campo, Ayola, Peinado, Amor, y Cogollo, 2007).

Para el diagnóstico de la depresión posparto se pueden emplear diferentes escalas siendo una de las más utilizadas la Escala de Edimburgo para depresión posparto, este cuestionario está constituido por 10 ítems, y sus resultados se interpretan como depresión si se obtiene una puntuación mayor o igual a 13 y para puntuaciones menores a 12 no depresión (Gjerding y Chaloner, 1994).

La depresión posparto implica efectos negativos tanto para la madre como para el bebé afectando también a la pareja de ésta por lo que es muy importante su detección (Custodio, Gómez, González, y García, 2008).

Objetivo

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la incidencia de la depresión posparto, saber cuáles son las herramientas que nos pueden ayudar a su detección precoz, averiguar los factores de riesgos asociados a ésta así como identificar aquellas medidas que podamos tomar para prevenirla.

Metodología

Para la revisión sobre este tema realizamos una búsqueda a través de las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Pubmed; los descriptores empleados fueron: depresión, posparto, factores riesgo, incidencia, escala Edimburgo.

Del total de estudios encontrados los seleccionados finalmente fueron 10 quedando excluidos aquellos que se trataron de revisiones. De estos 10 estudios 4 se realizaron aquí en España y el resto pertenecen a estudios realizados en América del sur.

Resultados

Debido a la heterogeneidad de los datos obtenidos en los diferentes estudios incluidos en nuestra revisión a continuación haremos una síntesis de los mismos con los datos más característicos de cada uno de ellos:

1. En el estudio de Bustos et al. (2013):

- Obtuvieron puntuaciones altas en la escala de Edimburgo el 41,1% de las puérperas mientras que el 58,9% restante de las puérperas obtuvo puntuaciones bajas.
- Se comprobó mayor deseo de embarazo en aquellas mujeres con puntuaciones más bajas.
- Entre las puérperas con mayor tendencia a padecer depresión posparto hubo más frecuencia de intentos de aborto frustrado.
- Otro de los factores con los que se relacionó padecer depresión posparto fue con el hecho de encontrar en dichas puérperas mayor cantidad de diagnósticos previos de depresión.

• La lactancia materna fue de preferencia entre las mujeres no deprimidas.

2. En el estudio de Fernández et al. (2013):

- La prevalencia de depresión posparto fue del 84,2% en el grupo de adolescentes y del 81,5% en el de adultas.
- Por orden de mayor ocurrencia en los diferentes grupos de edad sería el siguiente: adultas de 20-26 años, adolescentes entre 13-19 años, adultas de 27-33 años y en último lugar adultas de 33 a 44 años.
- Presentaron depresión leve el 33,9% de las adolescentes y el 66,1% de las adultas, depresión moderada 31,6% adolescentes y 76,9% de las adultas y depresión severa el 13,6% de las adolescentes y el 86,4% de las adultas.

• Otra variable estudiada fue el estado civil de la muestra las adolescentes con depresión leve y moderada tenían pareja estable mientras que el 100% de las que presentaron depresión severa eran solteras. En el grupo de las adultas predominó el tener pareja en todos los grados de depresión.

• Entre los factores de riesgo de depresión posparto que se encontraron en dicho estudio fueron: embarazo no deseado, complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio; antecedentes depresivos, carecer de pareja o apoyo familiar, nivel económico bajo, bajo nivel educativo y haber vivido situaciones de violencia.

3. En el estudio de Urdaneta y cols. (2009):

- La edad promedio de las primigestas fue de 23 años siendo de 27 años en las mujeres multíparas.
- El síntoma disforia se observó en el 10% de las primigestas y en el 8% de las multíparas, ansiedad en el 78% en el primer grupo y del 70% en las multíparas, sentimiento de culpa 52% y 56% respectivamente, dificultad en la concentración 58% y 44% en ambos grupos, e ideación suicida 6% en primigestas y 10% en multíparas.
- Dieron positivo para riesgo de depresión posparto el 90% de las primigestas y el 92% de las multíparas, diagnosticándose finalmente el 20% y 24% respectivamente de depresión posparto en ambos grupos.

4. En el estudio de Machado et al. (1995):

- La edad media de las mujeres estudiadas fue de 30,05 años.
- Padecían probable trastorno depresivo según la escala de depresión posparto de Edimburgo el 15,8%.
- Se comprobó una asociación significativa entre depresión puerperal y antecedentes de depresión antes del embarazo, durante el mismo así como en el posparto inmediato.
- Entre los factores de riesgo se detectaron: enfermedad crónica declarada, tener escasa ayuda en el hogar así como poseer poco apoyo familiar.

5. Los resultados obtenidos en el estudio de Lasheras et al. (2013) fueron:

- Se asoció de forma muy significativa la alteración en el vínculo materno-filial a la sospecha de padecer depresión posparto.

- Las mujeres que presentaron mayor tasa de depresión fueron aquellas con mayor de 39 años.
- No se demostró relación alguna con el tipo de lactancia utilizada.
- La incidencia de depresión posparto fue del 9,2% y de alteración del vínculo materno filial del 5%.
- Los factores que se asociaron significativamente a la presencia de depresión posparto fueron: presentar antecedentes de ansiedad depresión a lo largo de su vida y en el embarazo, estrés perinatal, mayor edad y vínculo materno filial alterado.

6. En el estudio de Menezes et al. (2009):

- La edad media de las mujeres se situó en los 26 años.
- La frecuencia de riesgo de depresión fue del 11% después del parto al segundo o tercer día.
- Tuvieron mayor riesgo aquellas cuyo parto fue por cesárea.
- Presentaron mayor susceptibilidad para padecer depresión posparto las mujeres múltiparas.

7. En el estudio de Maroto-Navarro et al. (2004):

- La edad media de las mujeres estudiadas fue 29,4 años, todas ellas tenían pareja estable.
- La puntuación media a la escala de depresión posparto de Edimburgo fue de 5,04.
- El 75% puntuó 8 o menos.
- Entre los ítems de dicha escala donde más del 40% de las madres puntuó más de 0 fueron: estar ansiosas y preocupadas sin motivo, sentir que las cosas le superan y sobrepasan, sentir miedo y pánico sin motivo alguno así como culparse innecesariamente cuando las cosas van mal.

8. En el estudio de Poo et al. (2008):

- La prevalencia de depresión posparto se situó en torno al 50-51%.
- Los factores de riesgo encontrados fueron:
 - Factores psicológicos: trastornos de salud mental personal, sobrecarga para los cuidados del bebé y sensación respecto al cuerpo anterior.
 - Factores individuales: consumo de alcohol durante el embarazo.
 - Factores familiares: antecedentes de violencia intrafamiliar, mala relación con la pareja.

9. En el estudio de Carrascón et al. (2005):

- La edad media de las mujeres estudiadas era de 30 años.
- Presentaron un mayor porcentaje de riesgo de depresión posparto siendo este del 12% aquellas mujeres mayores de 35 años.

- Entre los factores de riesgo asociados a padecer de depresión posparto estuvieron: presentar problemas económicos, situación laboral desfavorable durante la gestación, tener mal relación con la pareja o con su madre, embarazo no planificado así como presentar antecedentes depresivos.

- 44 mujeres del total de la muestra fueron derivadas a la unidad de psicopatología perinatal de las cuáles solo la mitad acudió a la primera entrevista.

10. Por último los resultados obtenidos en el estudio de Sierra-Manzano et al. (2002) fue:

- La edad media de las mujeres incluidas en este estudio fue de 31,5 años.
- El porcentaje de mujeres que puntuó 13 o más en la escala de depresión posnatal de Edimburgo fue del 15,7%.
- Los factores de riesgo asociados a padecer depresión postparto fueron los siguientes: edad de la madre, mala situación económica, presentar antecedentes de haber padecido alteraciones en el estado del ánimo así como mala relación familiar.

Discusión/Conclusiones

Por lo que hemos podido comprobar con esta revisión es que la depresión posparto es algo frecuente por lo que debemos incidir en su diagnóstico precoz ya que muchas veces esta patología pasa desapercibida con los riesgos que eso conlleva tanto para la madre como para el recién nacido.

Debemos fomentar el uso de escalas como la escala de depresión posnatal de Edimburgo por su fácil manejo para detectar lo antes posibles a aquellas mujeres que estuvieran en riesgo de padecer dicho trastorno.

Entre los factores de riesgo más asociados a padecer depresión posparto se encontrarían: embarazo no deseado, bajo nivel económico, mala relación familiar, problemas médicos durante el embarazo; parto o puerperio tanto de la madre como del bebe, presentar antecedentes de ansiedad u otros trastornos de salud mental.

Existen diferentes tratamientos para la depresión posparto entre los cuales estarían:

- Intervenciones psicoterapéuticas: la psicoterapia podría ser efectiva en aquellos casos en los que se tratasen de depresiones leves o moderadas. Podrían emplearse técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual así como psicoterapia interpersonal. Dichas terapias pueden realizarse de forma individualizada así como de manera grupal.

- Farmacoterapia: esta se emplearían en caso de depresiones moderadas o graves. Entre los fármacos de elección se encontrarían los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) siendo estos los más seguros.

Referencias

- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., y Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 38(2), 84-93.
- Arranz-Lara, L., Ruiz-Ornelas, J., Aguirre-Rivera, W., Carsi-Bocanegra, E., Ochoa-Madrigal, G., y Camacho-Díaz, M. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 100-108.
- Bustos-Rementería, S., y Jiménez-Ponce, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, 30(1), 38-49.
- Campo, A., Ayola, C., Peinado, H.M., Amor, M., y Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 58(4), 277-83.
- Carrascón, A., García, S., Ceña, B., Fornés, M., y Fuentelsaz, C. (2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas prof*, 7(4), 5-11.
- Custodio, S., Gómez, A., González, T., y Herráis, A. (2008). *Detección precoz de la Depresión Postparto mediante el cuestionario EDPS en un hospital Terciario*. Disponible en: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_xiv/Mesa1.11.pdf (2008).
- Evans, G., Vicuña, M., y Marín, R. (2003). Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 68(6), 491-494.
- Fernández-Vera, J.K, Iturriza-Natale, A.T, Toro-Merlo, J., y Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 74(4), 229-243.
- Gjerdinger, D.K., y Chaloner, K.M. (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *J Fam Pract*, 38 (5), 565-572.
- Lasheras, G., Farré-Sender, B., y Serra, B. (2014). *Detección in situ de la depresión posparto (dpp) y alteración del vínculo materno-filial en el hospital universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 109, 22-31.
- Lopes-Menezes, F., Netto-de-Oliveira, A.M., Pinto-Lemos, L.A., Arruda-da-Silva, P., Pereira-da-Costa, N., y Santos-da-Silva, M.R. (2012). Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. *Enfermería Global*, 11(27), 408-418.
- Machado-Ramírez, F., García-Serrano, T., Moya-Rüegg, N., Bernabéu-Saez, N., y Cerda-Díaz, R. (1997). Depresión puerperal. Factores relacionados. *Aten Primaria*, 20, 1616.
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M.D.M., y Fernández-Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2).

Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Perrero, J., y Barrero, M.P. (2001). Depresión posparto: un estudio exploratorio en una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 37-48.

Póo, A.M., Espejo, C., Godoy, C., Hernández, T., y Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(1), 44-52.

Sierra-Manzano, J.M., Carro-García, T., y Ladrón-Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria*, 30(29), 103-111.

Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., y Contreras, A. (2010). Prevalencia de Depresión Posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 75(5), 312-320.

ANEXO 1

Escala de depresión posnatal de Edimburgo

1. He podido reír y ver el lado positivo de las cosas:
 - a) Igual que siempre
 - b) Un poco menos que antes
 - c) Mucho menos que antes
 - d) No he podido

2. He mirado el futuro con placer:
 - a) Igual que siempre
 - b) Bastante menos que antes
 - c) Mucho menos que antes
 - d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:
 - a) No, nunca
 - b) No con mucha frecuencia
 - c) Sí, algunas veces
 - d) Sí, casi siempre

4. He estado preocupada, ansiosa y asustada sin ninguna razón:
 - a) No, en absoluto
 - b) No mucho
 - c) Sí, a veces
 - d) Sí, con mucha frecuencia

5. Me he sentido con miedo o presa del pánico:
 - a) No, en absoluto
 - b) No mucho
 - c) Sí, a veces
 - d) Sí, bastante

6. Me he sentido agobiada:
 - a) No, me las he arreglado igual que siempre
 - b) No, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien
 - c) A veces no me las he arreglado tan bien como siempre
 - d) Sí, la mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto

7. Me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir:
 - a) No, en absoluto
 - b) No, con mucha frecuencia
 - c) Sí, con bastante frecuencia
 - d) Sí, casi todo el tiempo

8. Me he sentido triste y abatida:
 - a) No, en absoluto
 - b) No, con mucha frecuencia
 - c) Sí, con bastante frecuencia
 - d) Sí, casi todo el tiempo

9. He estado tan infeliz que me echo a llorar:
 - a) No, nunca

- b) Solo ocasionalmente
- c) Sí, bastante a menudo
- d) Sí, casi todo el tiempo

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Sí, con bastante frecuencia

Puntuación: a) =0 puntos, b) =1 punto, c) =2 puntos, d) =3 puntos.

CAPÍTULO 41

La Importancia de la suplementación yódica durante la gestación con diferentes dosis de yodo y desarrollo neuromotor de la prole

Maria Berrio Miranda
CH Granada

Introducción

Las repercusiones fetales y neonatales de la yodo deficiencia en los estadios tempranos del neurodesarrollo es bien conocida desde antiguo en las áreas de endemia bociosa (Lancet, 1974). Sin embargo, en los últimos años se ha conseguido caracterizar de manera más detallada la fisiopatología de estas alteraciones neurológicas incluso en situaciones de deficiencia moderada-leve de este nutriente, tanto mediante estudios de experimentación animal que demuestran la distorsión en la citoarquitectura del córtex cerebral (De-Escobar et al., 2007), como los trabajos epidemiológicos procedentes de países desarrollados (Wei et al., 2013). En este sentido, en los últimos años se han publicado nuevos trabajos que muestran de manera prospectiva cómo la deficiencia de yodo durante la gestación determina un espectro variable de alteraciones psicomotoras e intelectuales que aparecen en la edad infantil y/o escolar y ponen de manifiesto aquellas alteraciones de la estructura cerebral que mostraban los estudios experimentales. Por cuestiones prácticas, hemos seleccionado sólo los trabajos publicados en la última década (a partir del año 2010) y revisamos los principales aspectos estudiados, así como los resultados obtenidos en cada una de las cohortes estudiadas.

Al analizar los valores de hormona T4L en las embarazadas de nuestra área de salud antes de la décima semana de gestación encontramos unos niveles plasmáticos muy bajos, cuya media coincide con el límite inferior de la normalidad de nuestro laboratorio de referencia. Este hecho implicaría, que casi la mitad (42,5%) de las gestantes estudiadas presentaban hipotiroxinemia en el primer trimestre, y que existiría un potencial compromiso en el desarrollo cerebral en una etapa crucial para el embrión, tal y cómo apuntan Ghassabian et al. (2014) quienes encuentran que los hijos de madres con hipotiroxinemia durante el embarazo presentan 4,3 puntos de cociente intelectual más bajo que los hijos de madres con función tiroidea normal.

Si el déficit de yodo es muy importante en la primera mitad de gestación provocará una hipotiroxinemia materna, la cual, determinará niveles insuficientes de T4 y T3 fetales para el desarrollo óptimo de la corteza cerebral (Morreale-de-Escobar, 2004). A partir de la semana 20 de gestación, cuando el feto tiene activo ya su propio eje tiroideo y secreta sus propias hormonas, la hipotiroxinemia materna sigue siendo nociva, ya que la función tiroidea fetal es insuficiente para cubrir las necesidades existentes.

El feto se protege frente a la hipotiroxinemia materna estimulando su tiroides, así aumentarán la TSH y la TG fetal para facilitar la captación de yodo y aparecerá bocio fetal en el intento de mantener T4L normales (Glinoe et al., 1992).

El déficit de yodo constituye una de las enfermedades carenciales más frecuentes del mundo (Skeaf et al., 2011). El bocio no es la única manifestación de ese déficit, sino que aparecen otro espectro de desórdenes por déficit de este micronutriente tan esencial para la vida (Hetzal et al., 2011; Laurberg et al., 2008): infertilidad (Zimmerman et al., 2012), estados hipertensivos del embarazo (EHE) (Kumar et al., 2005), riesgo de parto de pretérmino (Wolfberg et al., 2005), retraso en el crecimiento intrauterino (CIR) (Das et al., 2011), así como repercusión sobre la inteligencia del feto /recién nacido; que es en lo que nos basamos en este estudio.

Método

Participantes

Se reclutaron un total de 131 mujeres gestantes que fueron seguidas durante todo el embarazo y aleatorizadas a 3 dosis de tratamiento: sal yodada, 200 y 300 mcg de yoduro potásico.

Al final del estudio, pudimos realizar seguimiento neuropsicológico de 111 de los recién nacidos hijos de las madres que habíamos realizado el seguimiento (tuvimos una pérdida total de 20 recién nacidos).

Instrumentos

Realizamos una evaluación del desarrollo neurosensorial en los niños, para ello valoramos a los niños entre los 18-20 meses de edad, en los que se evaluó con las Escalas de Bayley de desarrollo infantil.

El test consta de tres escalas:

- Escala mental: evalúa la agudeza sensorio-perceptiva, la capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de la constancia a objetos, la comunicación verbal (vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal), la capacidad de resolución de problemas y la capacidad temprana para generalizar y clasificar.

- Escala psicomotora: permite evaluar el grado de control corporal, la coordinación motora y la habilidad manipulativa de manos y dedos. El foco de atención de esta escala lo constituye la evaluación de la destreza y coordinación psicomotora y no los aspectos de la inteligencia que se reflejan en el movimiento. No obstante, debe de tenerse en cuenta que los logros psicomotores posibilitan la relación con el entorno y aprendizajes nuevos.

- Riesgo de comportamiento: mediante el cual es posible evaluar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas del niño hacia su entorno, tal y como se expresan en sus actitudes, intereses, emociones, actividades, tendencias de aproximación y evitación a los estímulos.

Las puntuaciones del niño en el primer test permiten obtener un índice de desarrollo mental y un índice de desarrollo psicomotor (media 100 y desviación típica 16), cuyas medidas indican retraso, precocidad o similitud en relación con el nivel de funcionamiento de los sujetos de la misma edad cronológica.

Procedimiento

Las medidas de desarrollo infantil a los 12 y 18 meses de edad fueron realizadas por un psicólogo especializado y se realizaron en una sala de evaluación que reunía las siguientes condiciones: tenía un aspecto agradable, era amplia para que tuviera una mesa, sillas para adultos, una silleta de niño, una cuna y un parque; y para que los niños pudieran andar había un camino recto y libre de unos 3 metros en la misma sala o cerca de ella. Además, la sala estaba amueblada de tal manera que tanto la madre como el niño se sintieran a gusto (decoración con motivos infantiles, alegre y divertida), estaba provista de un armario para guardar los materiales, juguetes y el material lúdico diferentes a los usados para el del test. Así mismo el niño disponía de un amplio espacio debajo de la mesa.

Análisis de datos

Estudio prospectivo de intervención farmacológica sobre la mujer gestante, aleatorizada con tres ramas de tratamiento a lo largo del embarazo sobre una muestra de mujeres sanas. La secuencia del estudio fue el siguiente: Selección-Aleatorización- Asignación al tratamiento- Seguimiento durante el embarazo- recién nacido- niño hasta los 18 meses de vida.

Las gestantes fueron divididas en tres grupos de tratamiento de manera aleatorizada a doble ciego: un grupo que tomó 300 mcg de yodo, el segundo grupo que tomó 200 mcg al día de yodo y un último grupo que fue suplementado exclusivamente con sal yodada, asegurándonos que las suplementadas con sal

yodada no hubiera habido ingesta de complejos vitamínicos que contuvieran yodo, lo cual modificaría los datos analíticos.

Las mujeres suplementadas con Sal yodada constituyeron la población control del estudio.

Los datos de las variables psicométricas de los hijos de las madres que nacieron pertenecientes al estudio fueron recogidos y analizados mediante el programa estadístico SPSS v21.

Resultados

1. Medidas del desarrollo intelectual en los hijos/as.

1.1 Medidas del desarrollo intelectual en la totalidad de los niños:

Tras el nacimiento, a 111 niños de los 131 estudiados se les realizó el test de BSID-II. La edad media de realización fue de 12,8±4,8 meses de edad.

La edad del niño en el momento de realización del test psicométrico se correlacionó significativamente con la MSD (Escala de Desarrollo Mental) ($p<0,05$) y con la PDS (Escala de Desarrollo Psicomotor) ($p<0,05$). Sin embargo, no hubo correlación entre la edad del recién nacido con el IDM (Índice de Desarrollo Mental) ($p=0,10$), IDP (Índice de Desarrollo Psicomotor) ($p=0,80$), o IDT (Índice de Desarrollo Total) ($p=0,42$), indicando que los índices de desarrollo (MDI, IDP, IDT) eran independientes de la edad de realización.

1.2 Medidas del desarrollo intelectual en función de los grupos de tratamiento:

En la siguiente tabla aparecen representadas las puntuaciones medias (+-DS) de los IDM, IDP junto con el IDT en función de la dosis administrada (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de las puntuaciones del Test de Bayley en niños acorde con grupo de tratamiento

Test de Bayley	Suplementación	N	Media± DT	p
Índice de Desarrollo Mental	Sal Yodada	25	105,60±10,63	0,339
	200 mcg	47	101,36±14,05	
	300 mcg	30	104,47±11,79	
	Total	102	103,31±12,66	
Índice de Desarrollo Psicomotor	Sal Yodada	25	100,92±11,54	0,039
	200 mcg	47	94,23±13,69	
	300 mcg	30	98,50±16,43	
	Total	102	97,13±14,23	
Índice de Desarrollo Total	Sal Yodada	25	206,92±18,27	0,046
	200 mcg	47	195,51±25,30	
	300 mcg	30	203,30±25,17	
	Total	102	200,60±24,02	
Escala de Desarrollo Mental	Sal Yodada	25	111,6±19,50	<0,01
	200 mcg	47	98,2±19,80	
	300 mcg	30	116,2±23,22	
	Total	102	108,6±20,81	
Escala de Desarrollo Psicomotor	Sal Yodada	25	48,4±8,74	0,0001
	200 mcg	47	42,0±9,65	
	300 mcg	30	48,8±6,78	
	Total	102	46,4±8,17	

Cuando se analiza cada índice de desarrollo mental, psicomotor y total en función de la dosis administrada de yodo mediante un análisis bivalente, obtuvimos diferencias en la MDS ($p=0,001$) y la PDS ($p=0,0001$), pero no en el IDM, IDP e IDT. Después de ajustar en una modelo de ANOVA por la edad gestacional de la madre y por la edad del niño en el momento del estudio psicométrico, ninguno (MSD, PDS, MDI, PDI e IDT) fue distinto en función del grupo de tratamiento ($p>0,05$ en todos los casos) (Tabla 1).

1.3. Medidas de desarrollo intelectual en relación con la función tiroidea materna y del recién nacido.

Cuando analizamos las variables relacionadas con el recién nacido y el Test de Bayley mediante correlación de Pearson obtuvimos (Tabla 2) que:

- El IDM correlacionaba positivamente ($p=0,004$) con la TSH materna del primer trimestre de gestación.
- El IDP se correlacionaba de forma inversa ($p=0,016$) con la TSH del recién nacido.
- El IDT se correlacionaba de manera positiva ($p=0,028$) con el peso del recién nacido.
- El IDP y el IDT tenían una correlación significativa ($p=0,046$) con la puntuación Apgar del recién nacido.

Tabla 2. Correlación entre el Índice de desarrollo psicomotor, Índice de desarrollo mental, Índice de desarrollo mental, Índice de desarrollo total y las diferentes variables (TSH 1 trimestre, TSH del recién nacido, peso del recién nacido, Test de Apgar)

Coeficiente de correlación de Pearson		Índice de desarrollo mental	Índice de desarrollo psicomotor	Índice de desarrollo total
TSH 1º Tr (μ UI/ml)	Correlación de Pearson	0,281**	0,031	0,172
	<i>p</i>	0,004	0,757	0,079
	<i>N</i>	105	105	105
TSH recién nacido (μ UI/ml)	Correlación de Pearson	-0,081	-0,287*	-0,209
	<i>p</i>	0,504	0,016	0,083
	<i>N</i>	70	70	70
Peso RN (g)	Correlación de Pearson	0,166	0,167	0,214*
	<i>p</i>	0,088	0,087	0,028
	<i>N</i>	106	106	106
Apgar (puntos)	Correlación de Pearson	0,135	0,197*	0,234*
	<i>p</i>	0,174	0,046	0,017
	<i>N</i>	103	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Cuando correlacionamos las yodurias de las gestantes sin diferenciar el grupo de estudio de cada trimestre de embarazo con el IDM, IDP e IDT no encontramos significación estadística en ninguna de las variables. (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre la yoduria materna de cada trimestre de gestación e Índice de Desarrollo Mental, Índice de Desarrollo Psicomotor e Índice de desarrollo total

Coeficiente de correlación de Pearson		Índice de desarrollo mental	Índice de desarrollo psicomotor	Índice de desarrollo total
Yoduria 1º Tr (μ g/l)	Correlación de Pearson	-0,002	0,07	0,06
	<i>p</i>	0,98	0,45	0,56
	<i>N</i>	93	93	93
Yoduria 2º Tr (μ g/l)	Correlación de Pearson	0,10	0,11	0,21
	<i>p</i>	0,33	0,29	0,05
	<i>N</i>	84	84	84
Yoduria 3º Tr (μ g/l)	Correlación de Pearson	-0,03	-0,02	-0,02
	<i>p</i>	0,72	0,83	0,82
	<i>N</i>	86	86	86

Discusión/Conclusiones

Las repercusiones fetales y neonatales de la DY en los estadios tempranos del neurodesarrollo es bien conocida desde antiguo en las áreas de endemia bociosa (Lancet, 1974). Sin embargo, en los últimos años se ha conseguido caracterizar de manera detallada la fisiopatología de estas alteraciones neurológicas incluso en situaciones de deficiencia leve-moderada de este nutriente, tanto mediante estudios de experimentación animal que muestran la distorsión en la citoarquitectura del córtex cerebral

(De-Escobar et al., 2007; Wei et al., 2013), como los más recientes trabajos epidemiológicos procedentes de países desarrollados (Tabla 4).

En este sentido, en los últimos años se han publicado nuevos trabajos que muestran de manera prospectiva cómo la deficiencia de yodo durante la gestación determina un espectro variable de alteraciones psicomotoras e intelectuales que aparecen en la edad infantil y/o escolar y ponen de manifiesto aquellas alteraciones de la estructura cerebral que mostraban los estudios experimentales. Por cuestiones prácticas, hemos seleccionado sólo los trabajos publicados en la última década (a partir de 2010) y revisamos los principales aspectos estudiados, así como los resultados obtenidos en cada una de las cohortes estudiadas.

Al analizar los valores de T4L en las embarazadas de nuestra área de salud antes de la décima semana de gestación encontramos unos niveles plasmáticos muy bajos, cuya media coincide con el límite inferior de la normalidad de nuestro laboratorio de referencia. Este hecho implicaría, que casi la mitad (42,5%) de las gestantes estudiadas presentaban hipotiroxinemia en el primer trimestre, y que existiría un potencial compromiso del desarrollo cerebral en una etapa crucial para el embrión, tal y como apuntan Ghassabian et al, 2014, quienes encuentran que los hijos de madres con hipotiroxinemia durante el embarazo presentan 4,3 puntos de CI más bajo que los hijos de madres con función tiroidea normal.

Tabla 4. Repercusiones cognitivas en la descendencia de la deficiencia de yodo durante la gestación. Estudios prospectivos publicados (Parte 1)

Estudio	Sujetos	Variables estudiadas
Henrichs et al. (2011) Holanda	3659 madres y sus hijos a los 18 meses y a los 30 meses de edad	Expresión verbal y no verbal
Costeira et al. (2012) Portugal	86 mujeres embarazadas y sus hijos a los 12,18 y 24 meses de edad.	Desarrollo cognitivo y psicomotor
Suárez-Rodríguez et al (2012) España	147 mujeres embarazadas y sus hijos a los 3 y 5 años de edad.	Desarrollo cognitivo y psicomotor
Craig et al. (2012) EE.UU.	99 gestantes hipotiroxinémicas fueron comparadas con 99 gestantes eutiroides y los 198 hijos a la edad de 2 años.	Desarrollo cognitivo y psicomotor
Van-Mil et al. (2012). Holanda	1156 mujeres embarazadas y 692 hijos a los 4 años de edad.	Registro de conducta y función ejecutiva.
Hynes et al (2013) Australia	228 embarazadas y sus hijos a la edad de 9 años.	Capacidad cognitiva
Finken et al (2013) Holanda	La cohorte Ámsterdam: 1765 gestantes y sus hijos entre 5 y 6 años de edad	Función cognitiva
Bath et al. (2013) Reino Unido	Estudio ALPSAC 1040 gestantes y sus hijos a los 8 años de edad	Cociente intelectual (IQ)

Tabla 4. Repercusiones cognitivas en la descendencia de la deficiencia de yodo durante la gestación. Estudios prospectivos publicados (Parte 2)

Test empleado	Resultados
Escala MacArthur (18 meses) Entrevista e informe de padres (30 meses)	La hipotiroxinemia leve se relacionó con un retraso en la expresión del lenguaje a los 18 y 30 meses. La hipotiroxinemia severa es un factor de riesgo para retraso del lenguaje a los 18 y 30 meses y un factor de riesgo de retraso cognitivo no-verbal a los 30 meses.
Bayley	A los 18 y 24 meses, los hijos de hipotiroxinémicas tenían menor puntuación en el Índice de desarrollo psicomotor (IDP). Las mujeres con T4 inferior al percentil 25 tenían hijos con 2 veces más riesgo de retraso en el desarrollo.
Escala MacCarthy (MSCA)	La hipotiroxinemia en semana 37 de gestación se correlaciona con puntuaciones más bajas en el índice cognitivo general o en la manipulación.
Bayley	Los hijos de madres hipotiroxinémicas puntuaron menos en las escalas cognitiva y motora, pero no alcanzó este dato significación estadística.
BRIEF-P	La baja concentración de yodo en la orina materna se correlaciona con una peor función ejecutiva en los hijos (inhibición, memoria del trabajo)
Test Wechsler de inteligencia	Los hijos de madres con yodurias <150µg/L tenían una reducción del 10% en deletrear, 7,6% en gramática y 5,7% en literatura. Tras ajuste por condiciones socioeconómicas, las diferencias al deletrear se mantenían.
Ámsterdam Neuro-psychological Tasks	La hipotiroxinemia materna se correlacionó con una menor velocidad de respuesta en tareas de respuesta simple y descenso en la estabilidad de la velocidad de respuesta.
Test Wechsler de inteligencia	Los hijos de madres con yodurias <150µg/L tenían puntuaciones más bajas en cociente intelectual (CI) verbal, lectura y comprensión lectora. Las puntuaciones eran peores en los de madres con yodurias <50 µg/L.

Las experiencias de suplementación con IK en mujeres embarazadas han mostrado resultados dispares, que junto con las diferencias de diseño y variables de resultado dificultan el establecer recomendaciones concluyentes. Estas discrepancias pueden estar relacionadas por la diferente situación yódica de las poblaciones estudiadas que pueden provocar que no se obtengan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control frente a los suplementados o que estas diferencias sólo sean manifiestas cuando el nivel de yoduria es más bajo (Angermayr, 2004).

En nuestro estudio, cuando correlacionamos las yodurias de las gestantes no encontramos diferencias en ninguna de las escalas ni índices motores ni psicomotores del niño, a diferencia de lo aportado en la bibliografía tanto por Bath et al 2013, como por los trabajos de Hynes (2013) que correlacionaban yodurias inferiores de 150 mcg/L con peores puntuaciones en el test de Wechsler de inteligencia.

Velasco et al 2009, compararon el desarrollo cognitivo y psicomotor de 133 lactantes (niños de 3 a 18 meses) nacidos de madres que habían recibido 300 mcg de yodo a partir del primer trimestre del embarazo con el de 61 niños de la misma edad cuyas madres no habían recibido suplementos de yodo. El resultado más relevante de este estudio es que los primeros tuvieron un resultado psicomotor más favorable que los nacidos de madres que no fueron tratadas.

Del mismo modo, Berbel et al. (2009) mostraron que el cociente de desarrollo medio en los niños nacidos de madres suplementadas con una dosis diaria de 200 mcg de IK durante la 4^a-6^a semana de gestación fue significativamente más alto que el registrado para los bebés nacidos de madres que habían recibido suplementos de yodo en semanas posteriores de la gestación. La conclusión de los autores fue que la demora en la administración de suplementos de yodo durante la gestación, aumenta el riesgo de retraso del desarrollo neurológico en la progenie.

En los 4 últimos años se han publicado varias revisiones sistemáticas sobre el uso de suplementos de IK durante el embarazo con conclusiones finales bastante imprecisas (Tabla 5 y 6):

Tabla 5. Revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados sobre el uso de suplementos de yodo

Autor	Estudios analizados	Conclusiones
Skeaff et al. 2011	Incluye 8 estudios de suplementación con IK en gestantes, sólo 2 estudian el desarrollo cognitivo en los niños.	Se necesitan ensayos clínicos bien diseñados para dilucidar si la suplementación con IK mejora el neurodesarrollo en áreas de deficiencia leve-moderada.
Trumpf et al. 2013	Analiza 5 estudios de yododeficiencia leve o suplementación con IK y el desarrollo cognitivo en niños.	Está apareciendo una débil evidencia de que la suplementación con IK desde el primer trimestre y hasta el final de la gestación, incluso en gestantes con deficiencia levemoderada de yodo, es beneficiosa para el desarrollo neurocognitivo.

Tabla 6. Revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados sobre el uso de suplementos de yodo

Autor	Estudios analizados	Conclusiones
Bougma et al 2013	Analizan 24 estudios de entre 665 seleccionados publicados entre 1980-2001	En los estudios aleatorizados y no aleatorizados, los hijos nacidos de madres suplementadas con yodo frente a los de las madres no suplementadas muestran 7,4 puntos de diferencia; y en los estudios de cohorte la diferencia llega a ser de 7,8 puntos a favor de los hijos de madres SY frente a los de no SY.
Zhou et al 2013	Revisan 8 estudios aleatorizados de los cuales sólo 2 incluyen resultados de crecimiento y desarrollo en los niños.	Existe una falta de calidad en la evidencia del efecto de la suplementación prenatal o peri-concepcional con yodo sobre el crecimiento y la función cognitiva de los niños.
Taylor et al 2014	Analizan 9 ensayos clínicos y 8 estudios observacionales.	La suplementación con yodo mejora variable tiroideas maternas (reduce el volumen tiroideo y la tiroglobulina), y puede beneficiar aspectos de la función cognitiva en escolares. Se necesitan grandes estudios prospectivos para clarificar estos hallazgos.

El principal objetivo del presente estudio era conocer la implicación del tratamiento profiláctico con diferentes dosis de IK y/o SY a mujeres gestantes sanas en el desarrollo neuromotor de la prole.

En los resultados del mismo no hemos encontrado diferencias significativas en ninguno de los test aplicados aunque fue llamativo que encontramos una tendencia a dar mejores puntuaciones en los hijos de madres suplementadas con SY o 300 mcg/d de IK frente a las que tomaban 200 mcg/d de IK algo que, por el momento, no hemos podido explicar.

Las escalas motoras y psicomotoras realizadas a los niños de nuestro estudio se ajustaron por la edad del recién nacido, para evitar que ésta fuera un factor de confusión a la hora de interpretar los resultados.

En cualquier caso, los resultados sobre el desarrollo neurointelectual de la prole en nuestro estudio no se ve influenciada por el tipo de suplementación yódica a las mujeres gestantes y es posible que sea debido a que el nivel de nutrición yódica de nuestra población, si bien no es el óptimo y el recomendado por la OMS, es mejor que el de otras poblaciones comparadas.

Referencias

- Bath, S.C., Steer, C.D., Golding, J., Emmett, P., y Rayman, M.P. (2013). Effect of inadequate iodine status in UK pregnant woman on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal study of parents and children (ALSPAC). *Lancet*, 382(9889), 331-337.
- Costeira, M.J., Oliveira, P., Santos, N., Ares, S., Sánchez, B., Morreale-de-Escobar, G. et al. (2011). Psychomotor Development of children from a iodine deficient region. *J Pediatr*, 159(3), 447-453.
- Craig-Wendy, Y., Walter, C., Kloza, E., Pulkkinen, A., Waisbren, S., Spralt, D. et al. (2012). Mid Gestational and Das, S., Bhansali, A., Dutta, P., Aggarwal, A., Bansal, M.P., Garg, D. et al. (2011). Persistence of goitre in the postiodization phase: micronutrient deficiency or thyroid autoimmunity? *Indian J Med Res*, 133, 1039.
- De-Escobar, G., Obregón, M., y Del-Rey, F. (2007). Iodine deficiency and brain development in the first half of pregnancy. *Public Health Nutr.*, 10(12A), 1554-1570.
- Glinoe, D., Riahi, M., Grün, J., y Kinthaert, J. (1994). Risk of subclinical hypothyroidism in pregnant women with asymptomatic autoimmune thyroid disorders. *J Clin Endocrinol Metab*, 79(1), 197-204.
- Henrichs, J., Akhar, G., Ghassabian, A., y Robin, P. (2013). Maternal hypothyroxinemia and effects on cognitive functioning in childhood: How and why? *Clinical Endocrinology*, 79, 152-162.
- Kumar, A., Ghosh, B.K., y Murthy, N.S. (2005). Maternal thyroid hormonal status in preeclampsia. *Indian J Med*, 59(2), 57-63.
- Morreale-de-Escobar, G., y Escobar-del-rey, F. (2005). El yodo durante la gestación, lactancia y primera infancia. Cantidades mínimas y máximas de microgramos a gramos. *Prog Diagnóstico tratamiento Prenatal.*, 17, 11-17.
- offspring neurocognitive development at age two years. *J Clin Endocrinol Metab*, 97(1), 22-28.
- Skeaff, S. (2011). Iodine Deficiency in Pregnancy: The Effect on Neurodevelopment in Children. *Nutrients*, 3, 265-273.
- Wei, W., Wang, Y., Dong, J., Wang, Y., Min, H., Song, B. et al. (2013). Hypothyroxinemia induced by mild iodine deficiency deregulates thyroid proteins during gestation and lactation in dams. *Int J Environ Res Public Health*, 10(8), 3233-3245.
- Wolfberg, A.J., Lee-Parritz, A., Peller, A.L., y Liebermann, E.S. (2005). Obstetric and neonatal outcomes associated with maternal hypothyroid disease. *J Matern Fetal Neonat Med*, 17(1), 35-38.
- Zimmermann, M.B. (2013). Iodine Deficiency and Excess in Children: Worldwide Status in 2013. *Endocr Pract*, 19, 839-887.

CAPÍTULO 42

Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

María del Pilar Segura Sánchez*, Elena del Águila Cano**, y Ana María García Miranda**

Due Eventual del SAS*; *Hospital de Almería*

Introducción

Para entender verdaderamente en qué se basan las infecciones nosocomiales o infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se requiere indicar primeramente en qué consiste una infección y describir cuáles son las infecciones más habituales que pueden llegar a producirse en el paciente ingresado en el hospital causado por la intervención sanitaria.

Infección

Se hace referencia a infección cuando un microorganismo patógeno se introduce en el huésped y a causa de su reproducción y desarrollo provoca una secuencia de manifestaciones tóxicas, ocasionando daño en el organismo del huésped. Las infecciones son debidas a bacterias, hongos, priones, virus y protozoos (Amézquita y Jiménez, 2011) y se dividen en infecciones locales o sistémicas.

En 1880 Louis Pasteur, de origen francés, químico y bacteriólogo, comprobó y evidenció que multitud de enfermedades eran provocadas por las bacterias (Pasteur, 1880), anteriormente hubo científicos que tenían esta hipótesis pero no la pudieron demostrar. Simultáneamente Robert Koch, médico y microbiólogo de origen alemán (Metchnikoff, 2006), estableció las condiciones que debían de hallarse en una enfermedad para poder valorarla como infecciosa, en el llamado postulado de Koch (Lakhani, 1993, Tabla 1).

Tabla 1. Postulado de Koch

Requisitos para considerar una enfermedad infecciosa
- El agente debe estar localizado en cada caso de la enfermedad y ausente en los sanos.
- El agente ha de ser recluido en un cultivo puro a partir de las lesiones de la enfermedad.
- El agente no debe hallarse en otras enfermedades.
- El agente ha de producir la enfermedad en un animal susceptible de ser inoculado.
- El agente ha de ser aislado nuevamente en las lesiones de los animales en experimentación.

Fuente: tomada de: Lakhani, 1993.

Cuando una persona desarrolla una infección se origina una serie de manifestaciones por parte del organismo para luchar contra el agente patógeno.

Infecciones nosocomiales

Las infecciones vinculadas con la actuación sanitaria, son las enfermedades infecciosas que se contraen mientras se está hospitalizado o en otro centro sanitario donde se reciba asistencia, en el cual la persona no lo presentaba ni se encontraba en fase de incubación a su entrada.

La piel es la primera barrera que tienen las personas para protegerse de las infecciones, aleja los elementos externos del interior del organismo, además su composición ácida dificulta la vida y desarrollo de algunas bacterias. Las mucosas son otra barrera de protección, que se localizan tanto en el aparato respiratorio, aparato digestivo y vagina. A las barreras de defensa químicas y físicas ya nombradas hay que añadir las defensas microbiológicas externas compuestas por un grupo de microorganismos que residen en el huésped de manera simbiótica y que obstaculiza el desarrollo de elementos patógenos (Bouvet, 1993).

Pacientes vulnerables

Las circunstancias que influyen en los pacientes para que presenten o no una enfermedad infecciosa mientras están hospitalizados comprenden desde la edad, siendo más notable en la infancia y la edad avanzada, las condiciones inmunitarias, otras enfermedades que padezcan los pacientes y también las intervenciones tanto diagnósticas como terapéuticas a las que son sometidos durante su estancia. Habitualmente los procedimientos quirúrgicos junto con la anestesia producen una bajada de defensas inmunitarias. Se evidencia una reducción en cuanto a cantidad y actividad de las células inmunocompetentes, y modificaciones de diferente signo en la producción de interleucinas y proteínas. La restitución de la reducción hemática constituye un elemento que aumenta la alteración inmunológica.

Sistema inmunológico

Sistema inmunológico o inmunitario es el grupo de procedimientos biológicos y distribución de estructuras, células, tejidos y órganos, que ejercen de manera conjunta para proteger al organismo de la acción de elementos patógenos (Lozano, 2012) bien sean de naturaleza físico-química (contaminantes, radiaciones), biológica e internas en las que sobresalen las células cancerígenas (Berkow, 2018; Delvis, 2016). El sistema inmunitario está compuesto por células que se sitúan en diferentes fluidos, órganos y tejidos, especialmente: en sangre, mucosas, sistema linfático, glándula timo, bazo y en la piel (Middleton, Curran, y Maxwell, 2002). En la médula ósea se producen un grupo de células específicas de la función inmunitaria: macrófagos, eosinófilos, basófilos, neutrófilos, monocitos y células dendríticas, todas ellas se viajan por la sangre y el sistema linfático hacia los diferentes órganos que forman el cuerpo humano (Rus, Cudrici, y Niculescu, 2005; Pancer y Cooper, 2006).

Existen dos tipos de sistema inmunológico: innato en el que las células defienden al ser humano de los elementos patógenos de manera genérica, no otorga inmunidad en el tiempo y concede defensa frente a las infecciones (Bruce, Johnson, y Lewis, 2002) y el sistema inmunológico adaptativo o adquirido en el que las células cuya entidad funcional es el linfocito, se adaptan y recuerdan y reconocen patógenos más específicos produciendo una memoria o recuerdo inmunitario, otorgando una respuesta más efectiva ante exposiciones secundarias al idéntico patógeno, por lo que se podemos confirmar que es la base de la vacunación (Beck, 1996; Luckheeram, 2012).

Objetivo

El objetivo de este trabajo de investigación teórica es analizar el estado del conocimiento a través de una revisión bibliográfica sobre distintos artículos acerca de los diferentes tipos de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria e identificar y contrastar las medidas preventivas que tienen que llevar a cabo el personal sanitario para disminuir su incidencia en el ámbito hospitalario, tras determinar su origen o procedimiento terapéutico.

Metodología

Bases de datos

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos sobre infecciones nosocomiales en las bases de datos (Medline, Cochrane y Cuiden) ampliado con el buscador “Google académico así como en libros de asistencia sanitaria escrito por expertos.

Descriptor

Los descriptores empleados fueron, infecciones nosocomiales, IRAS, infecciones intrahospitalarias, flebitis, infección urinaria, lavado de manos, solución hidroalcohólica, antisépticos, asepsia; y sus correspondientes términos en inglés: nosocomial infection, IRAS, infections in hospital, phlebitis, urinary infection, hand washing, hydroalcoholic solution, antiseptics y asepsis.

Fórmulas de búsqueda

Las fórmulas de búsqueda utilizadas a través de los operadores booleanos son las siguientes: infección AND infecciones nosocomiales, actuación AND asistencia sanitaria y añadiendo ADN métodos de asepsia y antisépticos.

Resultados

Medidas de prevención en el ámbito sanitario

Actualmente las medidas encaminadas para prevenir las enfermedades nosocomiales están orientadas a adoptar una serie de medidas higiénicas, el uso barreras protectoras tanto para paciente como para el personal sanitario, utilización de sustancias antisépticas o equipos que proporcionan esterilidad.

Medidas higiénicas: Higiene de las manos

En el ámbito hospitalario las manos del personal sanitario es la principal fuente de contagio de enfermedades nosocomiales debido a los cuidados asistenciales y a las medidas terapéuticas. Antes de realizar cualquier acto sobre el paciente hay que realizar una higiene correcta de las manos mediante dos procedimientos diferenciados, primero el lavado de manos con agua y jabón y posteriormente su desinfección mediante soluciones hidroalcohólicas (Rus, 2005).

Según la organización mundial de la salud (OMS) en su manual sobre la seguridad en el paciente describe la forma adecuada y los pasos a seguir en estos dos procedimientos (tabla 2 y tabla 3).

Tabla 2. Lavado de manos

Pasa a seguir para un adecuado lavado de manos
1. Mojar las manos humedeciéndolas con suficiente agua.
2. Aplicar jabón en la palma de la mano (la cantidad de jabón tiene que ser la suficiente para cubrir toda la palma).
3. Frotar las palmas de las manos entre sí.
4. Frotar la palma de la mano derecha con el dorso de la mano contraria (la izquierda) entrelazando los dedos y viceversa.
5. Con los dedos entrelazados, frotar las palmas de las manos entre sí.
6. Con movimientos de rotación frotar el pulgar izquierdo por la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frotar las puntas de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda mediante movimientos de rotación y viceversa.
8. Enjuagar las manos con agua, hasta eliminar todo el producto jabonoso
9. Secar las manos con papel o toalla desechable
10. Por último cerrar el grifo con el papel o toalla utilizada para secar las manos.

Fuente tomada de: La organización mundial de la salud, manual sobre la seguridad en el paciente.

Tabla 3. Desinfección de manos

Pasa a seguir para una adecuada desinfección de manos
1. Depositar en las palmas de las manos una dosis de solución hidroalcohólica suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.
2. Frotar las palmas de las manos entre sí con movimientos de rotación.
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar las palmas de las manos entrelazando los dedos.
5. Friccionar el dorso de los dedos con la palma de la mano opuesta
6. Con movimientos de rotación frotar el pulgar izquierdo por la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frotar las puntas de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda mediante movimientos de rotación y viceversa.
8. Dejará secarse las manos de forma espontánea.

Fuente tomada de: La organización mundial de la salud, manual sobre la seguridad en el paciente.

Las medidas de higiene y desinfección descritas anteriormente deben de realizarse antes de tocar al paciente, de realizar una tarea limpia o aséptica, después de la exposición a líquidos corporales de riesgo, de tocar al usuario o paciente y por último y también importante tras el contacto con el entorno del paciente.

Barreras protectoras enfermo-paciente

Los guantes son un mecanismo de protección que cubre las manos protegiéndolas de sustancias o agentes dañinos. Actividades como las industriales o del ámbito sanitario su utilización es de uso obligatorio y están incluido como equipo de protección individual en el Real Decreto 1407/1992 del 20 de noviembre. Los guantes de uso hospitalario se pueden clasificar en estériles y no estériles y están principalmente fabricados en látex, vinilo y nitrilo.

Hay que tener en cuenta que el uso de guantes no suprime la necesidad de lavar y desinfectar las manos (Lozano-Soto, 2012).

Utilizar guantes no estériles se utilizan en situaciones de exposición directa al paciente como: contacto directo a piel dañada, membranas mucosas o la sangre; situaciones de epidemia o de emergencia; inserción y retirada de dispositivos intravenosos; extracción sanguínea; en exploraciones pélvicas y vaginales; en espiraciones de sistemas tubo endotraqueales no cerrados y en posibles casos de presencia de organismos infecciosos. En exposición indirecta al paciente: manejo de los residuos, evacuación de recipientes que contengan fluidos, limpieza de objetos y superficies contaminadas con líquidos corporales y manejo/limpieza de instrumental. El uso de guantes estériles es obligatorio en procedimientos radiológico invasivos, procedimientos quirúrgicos, durante la preparación de agentes quimioterapéuticos y nutrición parental y en procedimientos vasculares centrales (Amézquita-Landeros, 2011).

Los equipos de protección individual destinados a la protección de las vías respiratorias son las mascarillas las cuales podemos diferenciar entre las mascarilla auto filtrantes, están fabricadas para filtrar los aerosoles líquidos y las partículas localizadas en el medio ambiente, evitando ser inhaladas por el usuario. Según su diseño encontramos las horizontales o pico pato, cónica y verticales; y según su eficacia FPP1 (capacidad de filtración 78%, concentraciones ambientales hasta 4 VLA), FPP2 (capacidad de filtración 92%, concentraciones ambientales hasta 12 VLA) y FPP3 (eficacia de filtración 98%, concentraciones ambientales hasta 50 VLA). Dichas mascarillas pueden tener una válvula de exhalación que permite respirar y disminuir la condensación en largos periodos de uso pero tiene un inconveniente no filtra el aire exhalado por los que no se deben utilizar en pacientes. Y las mascarillas quirúrgicas destinadas a la protección de los demás son las utilizadas para los pacientes ya que su diseño permite filtrar durante la respiración las partículas emitidas dificultando que alcance el exterior y proporcionan protección frente a salpicaduras de fluidos biológicos. La elección de una mascarilla u otra va en función al riesgo de exposición y hay que seguir una serie de medidas: lavar las manos y desinfectarlas antes y después de su uso, nos colocaremos la mascarilla antes de entrar en la zona infectada o contaminada y retirarla a la salida, ajustar la mascarilla para lograr una protección segura y cambiarla por otra en caso de que la mascarilla sufra algún daño, se humedezca o presente alguna alteración. Otros equipos de protección son las batas, gorros, delantales impermeables, gafas protectoras o pantallas de seguridad (Luckheeram, 2012; Foxman, 2000).

Sustancias antisépticas

Hablamos de sustancias antisépticas o germicida a aquellos productos de origen químico que se utilizan de forma tópica sobre los tejidos vivos o la piel disminuyendo la posibilidad de aparición de sepsis, infecciones o putrefacción ocasionados por microorganismo, sin afectación de los tejidos. Entre las sustancias antisépticas encontramos los desinfectantes que eliminan los microorganismos presentes en objetos no vivos, debido a su alta toxicidad solo se puede aplicar sobre materiales inertes (Luckheeram, 2012).

Y los antibióticos que eliminan los microorganismos presentes en el organismo. Las sustancias más utilizadas en la práctica sanitaria son: alcoholes cuyo mecanismo de acción es la desnaturalización de las proteínas, povidona yodada su mecanismo de acción provoca la inactivación y oxidación de los componentes celulares y la clorhexidina produce precipitación del citoplasma y deterioro de la

membrana celular de los microorganismos patógenos. Medidas a tener en cuenta para la utilización de los antisépticos: asegurarse de que el paciente no es alérgico o utilizar un antiséptico alternativo, la piel del paciente debe estar limpia antes de aplicar el producto, una vez aplicado dejar el tiempo necesario para que actúe su agente antimicrobiano, respetar la concentración indicada por el fabricante, no utilizar antisépticos que no estén identificados o se sepa su fecha de caducidad, nunca completar un envase semivacío, mantener los envases cerrados para impedir su contaminación, cambios en su composición o evaporación, si se utiliza el antiséptico para desinfectar heridas, estas previamente serán limpiadas con agua y jabón y aclaradas con abundante agua o suero secándolas posteriormente, casi la totalidad de los antisépticos se inactivan por la materia orgánica y en caso de dudas en su utilización u aplicación consultar con el Servicio Salud Pública y de Medicina Preventiva (Roberts, 2002).

Infecciones nosocomiales más frecuentes

Las infecciones nosocomiales más frecuentes durante la hospitalización son:

Las infecciones urinarias, asociadas en la gran mayoría de los casos por procedimientos de instrumentación urológica principalmente a los sondajes vesicales a los que están sujetos los pacientes en algún momento de su hospitalización (Foxman, 2000; Silva, 1989).

Las infecciones en heridas quirúrgicas son secreciones de aspecto purulento que aparecen en los alrededores de las heridas o en sitios de inserción de dispositivos de drenaje como los penrose o redon, dichas infecciones suelen adquirirse durante la propia intervención quirúrgica, por el personal sanitario presente, el equipo médico empleado, el aire (diversos estudios afirman que en los hospitales se alojan poblaciones de bacterias patógenas diferentes a las habituales) e incluso la propia flora de la piel del paciente.

La neumonía tiene más prevalencia en unidades de cuidados intensivos en los pacientes conectados a los respiradores la tasa de incidencia es de un 3 % y son causadas por los microorganismos que colonizan los bronquios, las vías respiratorias y el estómago.

Y la flebitis o bacteriemia nosocomial representa poco más o menos del 5 % de las Iras pero su tasa de nocividad es elevada debido a la presencia de microorganismo como la *Cándida* resistentes a los fármacos o los *Staphylococcus* negativo a la coagulasa. Tiene lugar en las zonas de punción, a través de vías intravenosas (catéteres) o dispositivos intravasculares. Los microorganismos presentes en dichos dispositivos colonizan los vasos sanguíneos produciendo bacteriemia sin infección externa visible. Las causas de riesgo asociadas pueden relacionarse con el grado de asepsia en el acto de la inserción, la duración de la cateterización y los cuidados posteriores para su mantenimiento (Foxman, 2000; Metchnikoff, 2006).

Discusión/Conclusiones

Después de realizar dicha revisión bibliográfica sobre las enfermedades nosocomiales o infecciones relacionadas con la asistencia hay que tener en cuenta que durante la hospitalización el paciente se encuentra en situación de vulnerabilidad, las técnicas y actuaciones de enfermería encaminadas a su curación y tratamiento pueden llegar a ocasionar enfermedades suplementarias al ingreso (Lozano-Soto, 2012; Metchnikoff, 2006). El personal sanitario tiene que ser consciente de la importancia de realizar las técnicas de forma adecuada y con las medidas de asepsia establecidas, incluyendo el equipo de protección individualizado más apropiado, reduciendo así el riesgo de infección al paciente o usuario.

Desde punto de vista en términos económicos y de salud las infecciones nosocomiales son costosas, aunque la gran mayoría de infecciones curan de forma espontáneo requiriendo de forma complementaria unos pocos días más de hospitalización o gracias a la toma de antibióticos. Se reconoce que alrededor del 1 % de dichas infecciones pueden llegar a ocasionar una amenaza para la vida de los pacientes (Amézquita y Jiménez, 2011).

Referencias

- Alberts, B., Johnson, A., Lewis, J., Raff, M., Roberts, K., y Walters, P. (2002). *Molecular Biology of the Cell; Fourth Edition*. New York and London: Garland Science.
- Amézquita-Landeros, J.A., y Jiménez-Corona, J.L. (2011). Capítulo8: Infección en cirugía. En J. Tápia-Jurado, A. Archundia-García, y W.A. Reyes-Arellano, *Introducción a la cirugía* (pp. 119-134). McGraw-Hill.
- Beck, G., y Gail S.H. (1996). Immunity and the Invertebrates. *Scientific American* (pp. 60-66).
- Berkow, R. (2008). *16. Manual Merck: Home edition (2da. edición)*.
- Bouvet, E. (1993). Risk for health professionals of infection with human immunodeficiency virus. Current knowledge and developments in preventive measures. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 23, 28-33.
- Delvis, P.J. (2016). *Panorama general del sistema inmunitario*. Merck Sharp & Dohme Corp.
- Foxman, B., Barlow, R., D'Arcy, H., Gillespie, B., y Sobel, J.D. (2000). Urinary tract infection: self reported incidence and associated costs. *Ann Epidemiol*, 10, 509-15.
- Lakhani, S.R. (1993). Early clinical pathologists: Robert Koch (1843-1910). *J. Clin. Pathol.* 46, 596-598.
- Lozano-Soto, F. (2012). Introducción al sistema inmunológico, sus principales elementos y la respuesta inmunitaria. En Farreras y Rozman, *Medicina Interna (17 edición)* (pp. 2453-2488).
- Luckheeram, R.V., Zhou, R.; Verma, A.D., y Xia, B. (2012). *Clinical and Developmental Immunology*.
- Metchnikoff, E. (2006). *The Founders of Modern Medicine: Pasteur, Koch, Lister*. Classics of Medicine Library: Delanco.
- Middleton, D., Curran, M., y Maxwell, L. (2002). Natural killer cells and their receptors. *Transplant Immunology*, 10(2-3), 147-164.
- Pancer, Z, y Cooper, M.D. (2006). The evolution of adaptive immunity. *Annual Review of Immunology*, 24, 497-518.
- Pasteur, M.L. (1880). De l'extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies communes. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 90.
- Rus, H., Cudrici, C., y Niculescu, F. (2005). The role of the complement system in innate immunity. *Immunologic Research*, 33(2), 103-112.
- Silva, J.M., Ruiz, J.G., y Díaz, J.B. (1989): Infección urinaria nosocomial en pacientes con sonda. *Urología Panamericana*, 1, 1-6.

CAPÍTULO 43

Mejora del recuerdo a largo plazo en envejecimiento normal y patológico: entrenamiento bajo consecuencias diferenciales

Michael Molina Venegas* y Victoria Plaza**

**Instituto de Desarrollo Cognitivo (IDCO), Chile; **Universidad Autónoma de Chile*

Introducción

En 1970, Trapold propone una técnica de refuerzo de estructura sencilla para la estimulación del aprendizaje discriminativo. En su estudio, describe cómo el uso del procedimiento de consecuencias diferenciales (PCD) facilita el aprendizaje discriminativo en animales. Específicamente, entrenó a un grupo de ratas para que respondieran a una tarea de aprendizaje discriminativo reforzando de manera específica cada asociación estímulo respuesta a aprender. Así, los animales recibían un pellet cuando presionaban la palanca derecha después de haber escuchado un tono y una gota de sacarosa después de presionar la izquierda tras haber escuchar el sonido /clic/. En otras palabras, utilizando la estructura del condicionamiento operante, este investigador aplicó un criterio de exclusividad en la entrega de reforzadores. Tras estos resultados tan prometedores, las investigaciones en este ámbito no se hicieron esperar (Carlson, 1974; Carlson y Wielkiewicz, 1972; Friedman y Carlson, 1973; Overmier, Bull, y Trapold, 1971), confirmando los beneficios de esta técnica. Posteriormente, los investigadores trasladaron sus interrogantes a otro proceso cognitivo, la memoria. Así fue como Brodigan y Peterson (1976), utilizando como base el estudio de Trapold (1970), exploraron si los beneficios del uso del PCD podría suponer una mejora en la memoria operativa. Para ello entrenaron a un grupo de palomas para que respondieran a una tarea de aprendizaje discriminativo con diferentes intervalos de demora (0, 3 o 15 segundos). Los resultados indicaron que cuando las aves eran reforzadas con consecuencias diferenciales su ejecución mejoraba incluso en los ensayos de mayor tiempo de demoras (para una revisión más detalla, véase López-Crespo y Estévez, 2013; Mok, Estévez, y Overmier, 2010, Urciuoli, 2005).

En conjunto, los trabajos publicados sobre el uso de este procedimiento en animales, permitieron observar un aumento en la velocidad de adquisición de aprendizaje, un incremento en el nivel de exactitud final y una disminución en el porcentaje de error. A este fenómeno se le denominó Efecto de Consecuencias Diferenciales (ECD; Peterson y Trapold, 1980) y ha sido observado en diferentes poblaciones, concretamente, niños y adultos sin patología (Maki, Overmier, Delos, y Gutmann; Estévez y Fuentes, 2013; Mok y Overmier, 2013; Mok, Thomas, Lungu, y Overmier, 2009; Plaza, Esteban, Estévez, y Fuentes, 2013) niños y adultos con patologías (Joseph, Overmier, y Thompson, 1997; Malanga y Poling, 1992; Saunders y Sailor, 1979) con Trastorno del Espectro Autista (TEA; Hewett, 1965; Litt y Schreibman, 1981) con Síndrome de Down (Estévez, Overmier, Fuentes, y González, 2003) y prematuros (Martínez et al., 2012), utilizando diferentes tareas y con distintos tipos de reforzadores (para una revisión más detalla, véase López-Crespo y Estévez, 2013; Mok et al., 2010).

Los efectos del PCD en la mejora de la memoria operativa, también han sido investigados, específicamente en adultos mayores sin deterioro cognitivo (López-Crespo, Plaza, Fuentes, y Estévez, 2009), con síndrome de Korsakoff (Hochhalter, Sweeney, Bakke, Holub, y Overmier, 2000) y en pacientes con Enfermedad de Alzheimer (Plaza, López-Crespo, Antúnez, Fuentes, y Estévez, 2012). Sin embargo, a pesar del creciente interés por comprender los alcances de esta técnica, a la fecha, son escasas las investigaciones que establecen como objeto principal de estudio explorar los beneficios del uso del PCD en la memoria a largo plazo. El objetivo de este estudio es revisar y analizar la efectividad del PCD en la mejora del recuerdo a largo plazo en el envejecimiento normal y patológico, es decir, comprobar,

en base a los estudios realizados hasta el momento, si la mejora en la ejecución de las tareas de aprendizaje obtenidas tras la aplicación del PCD se mantienen a lo largo del tiempo.

Metodología

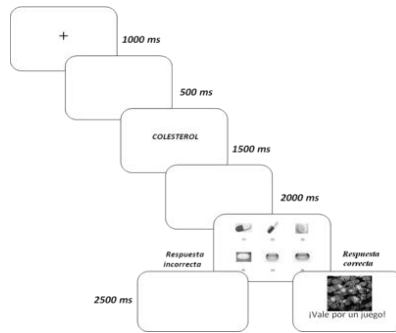
Se realizó una revisión en 5 bases de datos (Web Of Knowledge, Pubmed, Scopus, EBSCO y Psycinfo) y se utilizaron como descriptores: “procedimiento de consecuencias diferenciales”, “differential outcomes procedure”, “aprendizaje”, “learning”, “memoria”, “memory”, “envejecimiento normal”, “normal aging”, “envejecimiento patológico”, “pathological aging”, “demencia”, “dementia”, “Enfermedad de Alzheimer”, “Alzheimer’s Disease”. La búsqueda estándar sin límite temporal fue la estrategia general utilizada. También se utilizó el operador “AND”. No fueron utilizados operadores de truncamiento ni de proximidad.

Resultados

Después de casi 50 años de la primera publicación sobre el PCD, los estudios en humanos siguen siendo un amplio campo a desarrollar, especialmente los que vinculan la investigación de los beneficios del PCD con la memoria a largo plazo. Concretamente, los estudios publicados al respecto se han realizado principalmente en niños. Martínez, Estévez, Fuentes, y Overmier (2009) entrenaron a niños de 5 años de edad, para que respondieran a una tarea de asociación simbólica. Tras analizar los resultados, los niños a los que se les administraron consecuencias diferenciales, no solo obtuvieron un porcentaje mayor de exactitud final al acabar la fase de aprendizaje, sino que, además, fueron más precisos al momento de evocar las asociaciones aprendidas en los test de memoria al día, a la semana y al mes. Estos novedosos resultados marcaron un precedente, ya que fueron los primeros en evidenciar que el PCD puede facilitar el recuerdo a largo plazo en seres humanos, abriendo así una nueva línea de investigación. Resultados similares se encontraron en una tarea similar realizada con niños de 7 años (Martínez, Flores, González-Salinas, Fuentes, y Estévez, 2013), con la diferencia de que, en esta ocasión, se incrementó el nivel de dificultad de 2 a 4 estímulos comparación. Los resultados mostraron que los niños reforzados con consecuencias diferenciales no solo incrementaron su nivel de exactitud final, sino que además fueron más precisos en la ejecución de los test de recuerdo realizados al día y al mes.

Los efectos beneficiosos del PCD en la memoria a largo plazo han sido también observados en adultos sin patología (Molina, Plaza, Fuentes, y Estévez, 2015). Los investigadores utilizaron una tarea donde los participantes debían aprender y recordar el nombre de una enfermedad asociándolo con la imagen de una píldora (ver Figura 1). Esta tarea tenía por finalidad simular una situación cotidiana como es la adherencia al tratamiento farmacológico y comprobar si a través de ella, los beneficios del uso de este procedimiento podrían extenderse al recuerdo a largo de las asociaciones aprendidas. Los resultados mostraron que los adultos entrenados con consecuencias diferenciales, obtuvieron un porcentaje mayor de exactitud final y fueron más precisos en los test de recuerdo a la hora y a la semana que aquellos que recibieron consecuencias de modo aleatorio. Frente a estos hallazgos, los investigadores se cuestionaron si estos resultados se debían a los beneficios que el PCD tiene sobre la memoria a largo plazo o a un sobre-entrenamiento, ya que los participantes en esta condición experimentan un incremento en la velocidad de adquisición de los aprendizajes (Peterson y Trapold, 1980) y podrían haber utilizado los últimos ensayos para consolidar las asociaciones aprendidas. Para responder a esta interesante cuestión, llevaron a cabo un nuevo experimento donde se incorporaba un criterio de logro, en función del cual finalizaba la tarea cuando los participantes alcanzaban el 75% de aciertos en un bloque de ensayos. De este modo, se aseguraba que todos tuvieran el mismo nivel de aprendizaje al finalizar la tarea independientemente del modo en que se administraran las consecuencias. El análisis de los resultados reveló que los participantes que recibieron consecuencias diferenciales necesitaron de un número menor de ensayos para alcanzar dicho criterio y que el paso del tiempo no afectó el recuerdo de las relaciones aprendidas.

Figura 1. Secuencia de estímulos utilizada en el estudio de Molina et al. (2015)



Recientemente, en el marco del proyecto Conicyt-Fondecyt 11140365, se han llevado a cabo tres estudios en adultos mayores que complementan los hallazgos obtenidos por Molina et al. (2015). El primero de ellos contó con la participación de un grupo de adultos mayores sin deterioro cognitivo. La tarea utilizada consistió en la asociación de la imagen de un medicamento con la fotografía de un momento del día (mañana, mediodía y noche). Los adultos mayores que fueron asignados a la condición diferencial, además de obtener un porcentaje mayor de aciertos al finalizar la etapa de aprendizaje, fueron más rápidos al emitir sus respuestas correctas y mostraron una mayor retención a largo plazo de la información aprendida. Más llamativo aún, es que estos resultados se encontraban al mismo nivel que los obtenidos por el grupo control (estudiantes universitarios sin patología con una edad media de 23 años) (Plaza, Molina, Fuentes, y Estévez, s.f).

En el segundo estudio realizado en adultos mayores con historial previo de consumo de alcohol, Molina, Estévez, Meza, y Plaza (2015), utilizando una tarea similar a la empleada por Molina et al. (2015), observaron que el uso del PCD facilitó el recuerdo de la información en los test de memoria realizados a la hora y a la semana. Este estudio, además, sugirió la necesidad de la ampliación del número de sesiones de entrenamiento en determinadas poblaciones para que pudieran encontrarse los efectos del PCD.

El último estudio que ha demostrado los efectos del PCD en la memoria a largo plazo fue llevado a cabo con la colaboración de un grupo de adultos mayores diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer (Molina, Fuentes, Estévez, y Plaza, submitted). Se empleó una tarea similar a la utilizada en los 2 estudios anteriores, pero con las siguientes modificaciones: (i) Se disminuyó el número de asociaciones a aprender (de 3 a 2 –mañana y noche-), (ii) se incrementó el número de sesiones de entrenamiento (1 a 3), y (iii) la metodología del estudio fue intra-sujeto, es decir, los participantes realizaron ambas condiciones experimentales. El análisis de los resultados permitió observar que, cuando se encontraban en condición diferencial, los pacientes lograron aprender las asociaciones píldora-momento del día, mientras que cuando realizaron la tarea en condición no diferencial su porcentaje de exactitud no superó el nivel de azar. A partir de este hallazgo, se sugiere que la utilización del PCD y el aumento del número de sesiones de entrenamiento podría incrementar el nivel de exactitud final en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. En lo que respecta a los test de memoria, se observó que cuando se administraron consecuencias diferenciales, los pacientes presentaron un mayor nivel de precisión en la evocación de la información desde la memoria a largo plazo en ambos test (a la hora y a la semana).

Después de lo expuesto, surge un interrogante: ¿Qué hace que este procedimiento sea tan eficiente? Actualmente existen dos propuestas teóricas complementarias que explican el funcionamiento del PCD. La primera es la Teoría de la Expectativa que fue desarrollada por Trapold y colaboradores (Trapold y Overmier, 1972; Trapold y Peterson, 1980). En ella se describe que los beneficios del PCD

corresponderían a la información adicional que genera la creación y evocación de una representación mental (o expectativa) de la consecuencia que se recibirá tras responder correctamente a una secuencia estímulo respuesta. Esta expectativa se comportaría como un segundo estímulo discriminativo entregando información adicional que sería determinante para guiar la conducta (Overmier y Lawry, 1979; Peterson y Trapold, 1980; Trapold, 1970; Trapold y Overmier, 1972). Por otro lado, y complementando la propuesta recién descrita, Savage y colaboradores (Ramírez y Savage, 2007; Savage y Langlais, 1995; Savage y Parsons, 1997; Savage, Buzzetti, y Ramírez, 2004) propusieron el Modelo de Memoria Dual, según el cual el uso de consecuencias específicas activaría sistemas neuroquímicos y neuroanatómicos distintos.

Este modelo ha sido apoyado por un estudio de neuroimagen realizado por Mok et al. (2009), donde se exploraron las estructuras que se encuentran asociadas al uso del PCD en humanos. Para ello, se midió la actividad cerebral de los participantes a través de una resonancia magnética funcional (fMRI) durante la ejecución de una tarea de aprendizaje demorado a la muestra. Los resultados mostraron una mayor activación del hipocampo cuando se administraron consecuencias no diferenciales, mientras que cuando se entregan los reforzadores de modo específico, se encuentra una mayor activación del giro angular de la corteza parietal posterior.

Discusión/Conclusiones

Los beneficios de la aplicación del PCD para la mejora del aprendizaje y el recuerdo de la información aprendida han sido demostrados a través de diversos estudios de experimentación en poblaciones de distinto rango etario, con y sin patología. Además, se han utilizado varias tareas y diferentes reforzadores, lo que evidencia que el procedimiento puede adaptarse de manera sencilla a las características de la población en la que se aplique, los objetivos de la intervención y/o los recursos disponibles.

Si bien es cierto que existe evidencia consolidada al respecto de la eficacia de este procedimiento para la mejora del aprendizaje y la memoria a corto plazo de los adultos mayores, el número de estudios que muestran una mejora de la memoria a largo plazo es muy reducido, por lo que, a pesar de que los resultados son prometedores, es necesario continuar investigando si los efectos de este procedimiento se mantienen a lo largo del tiempo.

En general, los estudios que hemos revisado en el presente capítulo, sugieren que antes de aplicar el PCD hay que tener en cuenta una serie de factores para que el procedimiento sea efectivo: 1) el nivel de dificultad de la tarea; 2) las características intrínsecas de la situación de aprendizaje, 3) las características de los participantes; y 4) el número de sesiones de entrenamiento, especialmente en poblaciones con patologías relacionadas con el deterioro cognitivo.

Referencias

Brodigan, D.L., y Peterson, G.B. (1976). Two-choice conditional discrimination performance of pigeons as a function for reward expectancy, prechoice delay, and domesticity. *Animal Learning & Behavior*, 4, 121-124.

Carlson, J.G. (1974). Preconditioning the effects of shock-correlated reinforcement. *Journal of Experimental Psychology*, 103(3), 409-413.

Carlson, J.G., y Wielkiewicz, R.M. (1972). Delay of reinforcement in instrumental discrimination learning of rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 81, 365-370.

Estévez, A.F., y Fuentes, L.J. (2003). Differential outcomes effect in four-year-old children. *Psicológica*, 24, 159-167.

Estévez, A.F., Fuentes, L.J., Overmier, J.B., y González, C. (2003). Differential outcomes effect in children and adults with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 108, 108-116.

Friedman, G.J., y Carlson, J.G. (1973). Effects of a stimulus correlated with positive reinforcement upon discrimination learning. *Journal of Experimental Psychology*, 97(3), 281-286.

- Hewett, F.M. (1965). Teaching speech to an autistic child through operant conditioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 35, 927-936.
- Hochhalter, A.K., Sweeney, W.A., Bakke, B.L., Holub, R.J., y Overmier, J.B. (2000). Improving face recognition in Alcohol Dementia. *Clinical Gerontologist*, 22(2), 3-18.
- Joseph, B., Overmier, J.B., y Thompson, T. (1997). Food and non-food related differential outcomes in equivalence learning by adults with Prader-Willi syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 4, 374-386.
- Litt, M.D., y Schreibman, L. (1981). Stimulus-specific reinforcement in the acquisition of receptive labels by autistic children. *Analysis and Intervention in Disabilities*, 1, 171-186.
- López-Crespo, G., y Estévez, A.F. (2013). Working memory improvement by the differential outcomes procedure. En S.H. Clair-Thompson (Ed.), *Working memory: Developmental differences, component processes, and improvement mechanisms* (pp. 145-157). New-York: Nova Publishers.
- López-Crespo, G., Plaza, V., Fuentes, L.J., y Estévez, A.F. (2009). Improvement of age-related memory deficits by differential outcomes. *International Psychogeriatrics*, 21(3), 503-510.
- Maki, P., Overmier, J.B., Delos, S., y Gutmann, A.J. (1995). Expectancies as factors influencing conditional discrimination performance of children. *The Psychological Record*, 45, 45-71.
- Malanga, P., y Poling, A. (1992). Letter recognition by adults with mental handicaps: Improving performance through differential outcomes. *Developmental Disabilities Bulletin*, 20, 39-48.
- Martínez, L., Estévez, A.F., Fuentes, L.J., y Overmier, J.B. (2009). Improving conditional discrimination learning and memory in five-year-old children: DOE using different types of reinforcement. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 62(8), 1617-1630.
- Martínez, L., Flores, P., González-Salinas, C., Fuentes, L.J., y Estévez, A.F. (2013). The effects of differential outcomes and different types of consequential stimuli on 7-year-old children's discriminative learning and memory. *Learning & Behavior*, 41, 298-308.
- Martínez, L., Mari-Beffa, P., Roldán-Tapia, D., Ramos-Lizana, J., Fuentes, L.J., y Estévez, A.F. (2012). Training with differential outcomes enhances discriminative learning and visuospatial recognition memory in children born prematurely. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 76-84.
- Mok, L.W., y Overmier, J.B. (2007). The differential outcomes effect in normal human adults using a concurrent-task within-subjects design and sensory outcomes. *The Psychological Record*, 57, 187-200.
- Mok, L.W., Estévez, A.F., y Overmier, J.B. (2010). Unique outcome expectations as a training and pedagogical tool. *Psychological Record*, 60(2), 227-248.
- Mok, L.W., Thomas, K.M., Lungu, O.V., y Overmier, J.B. (2009). Neural correlates of cue unique outcome expectations under differential outcomes training: An fMRI study. *Brain Research*, 1265, 111-127.
- Molina, M., Fuentes, L.J., Estévez, A.F., y Plaza, V. (s.f). Enhanced adherence to treatment in Alzheimer's disease after differential outcomes training.
- Molina, M., Plaza, V., Fuentes, L.J., y Estévez, A.F. (2015). The differential outcomes procedure enhances adherence to treatment: A simulated study with healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 6, 1780.
- Molina, M., Estévez, A., Meza, E., y Plaza, V. (2015). *Mejorando el aprendizaje y el recuerdo a largo plazo en adultos mayores ex-consumidores de alcohol*. VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica: Granada, España.
- Overmier, J.B., y Lawry, J.A. (1979). Pavlovian conditioning and the mediation of behavior. En G.H. Bower (Ed.). *The psychology of learning and motivation* (pp. 135-148). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Overmier, J.B., Bull, J.A., y Trapold, M.A. (1971). Discriminative cue properties of different fears and their role in response selection in dogs. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 76(3), 478-482.
- Peterson, G.B., y Trapold, M.A. (1980). Effects of altering outcome expectancies on pigeons delayed conditional discrimination performance. *Learning and Motivation*, 11, 267-288.
- Plaza, V., Esteban, L., Estévez, A.F., y Fuentes, L.J. (2013). El procedimiento de consecuencias diferenciales mejora el reconocimiento de rostros con independencia de su valencia emocional. *Psicológica*, 34, 79-95.
- Plaza, V., Molina, M., Fuentes, L.J., y Estévez, A.F. (s.f). Adherence to medical treatment in the elderly benefits from the differential outcomes procedure.
- Plaza, V., López-Crespo, G., Antúnez, C., Fuentes, L.J., y Estévez, A.F. (2012). Improving delayed face recognition in Alzheimer's disease by differential outcomes. *Neuropsychology*, 26(4), 483-489.
- Ramírez, D.R., y Savage, L.M. (2007). Differential involvement of the basolateral amygdala, orbitofrontal cortex, and nucleus accumbens core in the acquisition and use of reward expectancies. *Behavioral Neuroscience*, 121(5), 896-906.

Saunders, R.R., y Sailor, W. (1979). A comparison of three strategies of reinforcement on two-choice learning problems with severely retarded children. *American Association for the Education of the Severely/Profoundly Handicapped (AAESPH) Review*, 4, 323-333.

Savage, L.M., y Langlais, P.J. (1995). Differential outcomes attenuate memory impairments on matching-to-position following pyriethamine-induced thiamine deficiency in rats. *Psychobiology*, 23, 153-160.

Savage, L.M., y Parsons, J. (1997). The effects of delay-interval, inter-trial interval, amnesic drugs, and differential outcomes on matching-to-position in rats. *Psychobiology*, 25, 303-312.

Savage, L.M., Buzzetti, R.A., y Ramirez, L.R. (2004). The effects of hippocampal lesions on learning, memory, and reward expectancies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 82, 109-119.

Trapold, M.A. (1970). Are expectancies based upon different positive reinforcing events discriminably different? *Learning and Motivation*, 1, 129-140.

Trapold, M.A., y Overmier, J.B. (1972). The second learning process in instrumental leaning. En A.H. Black y W.F. Prokasy (Eds.), *Classical conditioning: Current research and theory* (pp. 427-452). New York: Appleton-Century-Crofts.

Urcuioli, P.J. (2005). Behavioral and associative effects of differential outcomes in discrimination learning. *Learning & Behavior*, 33, 1-21.

CAPÍTULO 44

Variables asociadas al duelo complicado tras sufrir la muerte traumática de un ser querido: Una revisión sistemática

Mari Carmen Mañas Padilla
Universidad de Málaga

Introducción

El duelo es definido como una experiencia humana universal, única y dolorosa que puede delimitarse en el tiempo, presenta una evolución previsiblemente favorable y requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación (Barreto, de la Torre, y Pérez-Marín, 2012). No obstante, este proceso comprende a menudo un conjunto de reacciones negativas que implican deterioro funcional. Los estudios han demostrado que el duelo se asocia con un mayor riesgo de mortalidad, así como problemas interpersonales, abuso de sustancias, enfermedades físicas, (Lichtenthal, Cruess, y Prigerson, 2004) y una relación con el uso de los servicios hospitalarios (Stroebe, Schut, y Stroebe, 2007).

Duelo complicado

Cuando el duelo no sigue el curso esperado, se le suele denominar duelo complicado (DC). Éste interfiere en el funcionamiento general de la persona; y, tal como afirma Maddocks (2003), puede prolongarse años e incluso cronificarse indefinidamente. Incluye el anhelo intenso y la búsqueda del difunto, pensamientos intrusivos relacionados con el fallecido, falta de propósito e inutilidad, adormecimiento, desapego, dificultad para aceptar la muerte, pérdida de sentido y amargura con respecto a la muerte (Prigerson et al., 1995).

Hasta ahora, el duelo aparecía codificado en el DSM-IV TR (APA, 2008) como una entidad susceptible de recibir atención clínica. Además, el DSM establecía un diagnóstico diferencial para la depresión mayor y el duelo. Actualmente, y ya en el DSM-V (APA, 2013), las dificultades en el duelo se denominan Trastorno Persistente de Duelo Complicado. Los síntomas que incluyen son los siguientes: (1) ansia intensa persistente y anhelo por el fallecido, a menudo experimentado como dolores recurrentes del duelo, (2) dolor intenso y dolor emocional en respuesta a la muerte, (3) preocupación con pensamientos del fallecido, y (4) preocupación por las circunstancias de la muerte (APA, 2013).

Dada las diferentes poblaciones evaluadas y los diferentes criterios clínicos diferenciales, existen discrepancias con respecto a la prevalencia del duelo complicado, pero a partir de la evidencia clínica, Langner y Maercker (2005) encontraron que, en un estudio realizado con población adulta, sólo un 7,4% tenían DC tras haber sufrido una pérdida. Por otra parte, Simón et al. (2007), indicaron que el 75,2% de los pacientes con DC tenían al menos un trastorno del eje I del DSM-IV, siendo el trastorno depresivo mayor y el TEPT los trastornos comórbidos más frecuentes.

La literatura científica ha identificado una serie de indicadores o factores de riesgo de cara a un desarrollo no normalizado del proceso de duelo. Varios estudios han discutido cómo los modos de muerte, las características del superviviente, el tiempo transcurrido desde la muerte, las variables conductuales o el aislamiento social desempeñan un papel importante en el deterioro después de una pérdida (Reed, 1998). Además, el apoyo social ha sido una de las variables a las que más atención se le ha prestado en este tema (Sherkat y Reed, 1992).

Duelo tras una muerte traumática

Una pérdida violenta e inesperada ha mostrado ser uno de los factores de riesgo más relevantes para el TEPT y el DC, siendo más estresante, complicada y difícil de recuperarse que el duelo producido tras una muerte natural (Barry, Kasl, y Prigerson, 2002; Kaltman y Bonanno, 2003).

Boss (2006, pp. 421) define la muerte traumática como, “una situación en la que un individuo se enfrenta a la pérdida de uno o más familiares cercanos o amigos y que ocurre accidentalmente en el contexto de guerra, homicidio, suicidio u otras situaciones de violencia. Las pérdidas traumáticas pueden ser múltiples y pueden incluir personas desaparecidas, también denominadas pérdida ambigua”. A menudo, con una muerte violenta, la interacción entre la angustia del trauma y la angustia de la separación, afectan al curso del proceso de duelo y los síntomas del trauma pueden aumentar e incluso retrasar tal proceso (Pynoos y Nader, 1988).

Aunque los términos "duelo traumático", "duelo complicado" y "duelo prolongado" se utilizan, la mayoría de las veces, indistintamente en la literatura, investigaciones han mostrado una considerable diversidad y potenciales desacuerdos a la hora de definir las complicaciones en el duelo, tanto a la nomenclatura para referirse a él, como al considerarlo o no, un desorden mental (Stroebe y Schut, 2006). Prigerson, Rosenheck y Maciejewski (1999), propusieron la construcción del duelo traumático (DT) como una condición psicopatológica distintiva derivada del duelo crónico. Los criterios diagnósticos para el duelo traumático se centran en dos componentes: la angustia de separación y la angustia traumática de adaptarse a la vida sin la persona fallecida. De esta manera, para entender y justificar el desarrollo del DT como un nuevo trastorno de salud mental, debemos distinguirlo de las reacciones normativas de duelo y otros síndromes psiquiátricos (por ejemplo, TEPT, trastorno depresivo mayor). Algunos autores han argumentado que el término "duelo traumático" debe emplearse para describir la experiencia única de perder a una persona significativa debido a medios repentinos, violentos o accidentales (Raphael y Martinek, 1997). Los sobrevivientes tienen que hacer frente al trauma de la muerte, junto al proceso de duelo (Raphael et al., 1997). Además, aunque el duelo traumático parece capturar con precisión los síntomas de TEPT (re-experimentación, evitación y excitación), incluye además síntomas propios del constructo, como venganza y anhelo para el difunto. Investigaciones más recientes han intentado distinguir los dos síndromes (Horowitz et al., 2003; Prigerson et al., 1999). En el duelo, el trauma suele ser un trauma de separación y, por lo tanto, incluye síntomas de angustia de separación como anhelo y búsqueda, características no incluida en los criterios del DSM-V para el TEPT. La hipervigilancia en el duelo es provocada por señales relacionadas con los fallecidos en lugar de las inseguridades fundamentales asociadas con los temores de volver a experimentar el trauma pasado. Raphael (1997) además propuso que, en el TEPT, los flashbacks traumáticos incluyen los aspectos específicos negativos u horripilantes del evento, mientras que, en el duelo, se refieren a los fallecidos y pueden ser de naturaleza negativa o positiva. Los individuos traumatizados evitarán el contacto y estarán solos, mientras que los de duelo buscarán vínculos y apoyo social.

La existencia de posibles diferencias en cuanto al curso del duelo tras una muerte normal vs. traumática ha llevado a algunos autores a plantear si existen variables específicas que nos ayuden a explicar la aparición de DC tras una muerte traumática.

Nuestro estudio

En cualquier caso, parece que las reacciones tras una muerte traumática son más intensas. Aunque se ha estudiado mucho sobre las variables asociadas al DC, se sabe menos acerca de qué variables explican el duelo tras una muerte traumática, por ejemplo, comorbilidad o afrontamiento. Por ello, el objetivo de la presente revisión fue el de explorar cuáles son las variables asociadas al duelo complicado tras una muerte traumática y examinar si son diferentes a aquellas asociadas a una muerte no traumática.

Metodología

Con el objetivo de revisar la literatura existente sobre cuáles son las variables asociadas al duelo, tras una muerte traumática, se llevó a cabo una búsqueda electrónica exhaustiva, realizada entre el 14 y 16 de noviembre de 2016, a través de las bases de datos PsycInfo y PubMed. La búsqueda se realizó con la combinación de los siguientes términos como descriptores o presente en el título o resumen de los estudios: “traumatic grief” or “traumatic loss” or “traumatic bereavement”; es decir, palabras clave

generales, sin asociarlas a otras palabras clave. También se incluyeron las palabras Mesh y Tesauro de las respectivas bases de datos. La búsqueda se restringió a artículos publicados en revistas científicas, sin utilizar límites temporales en cuanto a su publicación.

Criterios de inclusión y exclusión

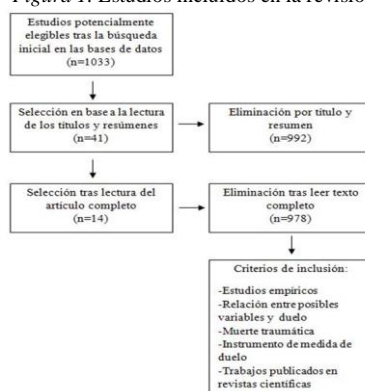
Los criterios que se siguieron para la inclusión de los distintos trabajos en esta revisión fueron: estudios empíricos, quedando descartados trabajos teóricos, de revisión o metaanálisis en los idiomas inglés y/o español. Estudios que examinen la relación entre diversas variables y el duelo. Se incluyeron aquellos artículos en los que los autores evaluaron los síntomas o el nivel de duelo como tal o en cualquiera de sus variantes (prolongado, patológico, complicado o traumático), tras una muerte traumática. La variable duelo debía estar evaluada de forma objetiva a través de una prueba específica para ello. También quedaron excluidos aquellos trabajos donde no se especificaba el tipo de muerte. Se incluyeron todos aquellos estudios en los que los autores definieron la muerte como traumática de forma explícita. Quedaron excluidos aquellos trabajos cuyo objetivo era conocer la eficacia de un tratamiento en los síntomas de duelo. Se consideró un criterio de exclusión el estudio de la relación de manera inversa, es decir, cómo el duelo puede ser predictor de otras variables a largo plazo. Asimismo, se consideraron excluidos aquellos trabajos con población con discapacidad intelectual o trastornos psicóticos, por quedar demostrado que el proceso de duelo en esta población sigue un curso diferente (e.g., Blackman., 2003).

Extracción de datos

Una vez realizada la búsqueda electrónica y tras eliminar las referencias duplicadas en las distintas bases de datos, se obtuvieron un total de 1033 artículos potencialmente elegibles para la presente revisión.

El proceso de selección fue realizado por el primer autor de esta revisión requiriendo, en caso de duda, la opinión del segundo. Se seleccionaron aquellos trabajos los cuáles, tras la lectura del título y resumen, correspondían con los criterios de inclusión y exclusión expuestos. Como se puede observar en la Figura 1, en esta primera fase se seleccionaron 41 estudios que fueron leídos en su totalidad. En la segunda fase, los principales motivos de exclusión fueron el no especificar el tipo de muerte, no considerarse como una muerte traumática por los autores o el no utilizar una medida de duelo específica. Tres artículos quedaron excluidos por la imposibilidad de acceder al texto completo (Johnson, 2010; Sigman y Wilson, 1998; Silverman et al., 2000). Por tanto, la revisión incluyó un total de 14 artículos que, cumpliendo los criterios expuestos, analizaban la relación entre posibles variables asociadas al duelo, tras una muerte traumática, atendiendo a la definición de Boss (2006).

Figura 1. Estudios incluidos en la revisión



La información más relevante de los 14 trabajos seleccionados para nuestra revisión se puede consultar en la Tabla 1, donde se reflejan las variables principales estudiadas, el tipo de instrumento utilizado para evaluar el duelo y los resultados principales obtenidos en cada estudio (ver Tabla 1).

Para facilitar la exposición de los resultados, los estudios se presentarán en el texto en función del orden alfabético.

Resultados

Brown y Goodman (2005) mostraron la existencia de una relación significativa entre el duelo traumático y las escalas de ansiedad, depresión y los síntomas de TEPT. Con respecto al uso de estrategias de afrontamiento, los resultados indicaron que aquellas que fueron adaptativas correlacionaron con menos niveles de duelo, siendo este más elevado en el caso de estrategias desadaptativas. De igual manera, Brown et al. (2008) mostraron que el duelo traumático infantil correlacionó con el TEPT y con la depresión, así como el tiempo transcurrido desde la muerte.

Tabla 1. Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática (parte I)

Autores	Muestra	Tipo de muerte/ Tiempo	Variables predictoras	Variable dependiente	Análisis estadísticos	Resultados	Estadístico
Brown et al. (2005).	N=83 (34 niñas y 49 niños). 8-18 años	Ataque terrorista /6 meses después	-Variables demográficas -Exposición al trauma -Estrategias de afrontamiento -Síntomas psiquiátricos y autoestima -Apoyo social. -Ambiente familiar -TEPT	-Duelo (EGI).	Coefficiente de correlación. ANOVA (comparación de grupos: percepción de necesidad de ayuda y no necesidad de ayuda; con y sin síntomas de TEPT; uso de estrategias de afrontamiento y no uso de ellas; género y edad).	Los niños diagnosticados con TEPT presentaron altos niveles de duelo traumático. Sus niveles además correlacionaron con síntomas de depresión y ansiedad, así como con la ventilación de la ira y el miedo, con leer, ver la televisión, o participar como voluntarios. Por el contrario, el uso de estrategias relacionadas con la expresión creativa, correlacionó con menos síntomas de duelo traumático.	<u>Duelo traumático y síntomas psiquiátricos:</u> Ansiedad, .54. Depresión, .49 Percepción de necesidad de ayuda: F=13.29, p<.05. -TEPT: F=26.05, p<.05 <u>Estrategias de coping</u> -Leer/ver TV: F=11.73, p<.05 -Buscar info.: F=9.85, p<.05 -Ventilación ira: F=10.13, p<.05 -Lucha: F=5.06, p<.05 -Evitación: F=18.89, p<.05 -Salida creativa: F=7.40, p<.05 -Voluntario: F=6.59, p<.05
Brown et al. (2008)	N= 132 (64 niñas y 68 niños). 7-18 años	Ataque terrorista y homicidio /-	-Variables demográficas - Características, atribuciones y reacciones tras la exposición a la muerte - Tiempo desde la muerte y número de traumas antes de la muerte - TEPT -Depresión -Ira	-Duelo complicado (EGI)	Coefficientes de correlación de orden cero. Análisis de regresión múltiple.	Los síntomas de duelo correlacionan significativamente con síntomas de TEPT y depresión, así como con sentimientos de ira. La amenaza de vida percibida por los niños, el tiempo desde la muerte, las reacciones tras la muerte y tristeza del cuidador principal, también fueron relacionados con duelo.	TEPT: r= .78 Depresión: r= .69 Ira: r= .24 Tiempo desde la muerte: r= -.62 Reacción ante la muerte del cuidador principal: .48 Tristeza en casa: .56
Burke et al. (2010)	N=54 (48 mujeres, 6 hombres). 19-71 años	Homicidio o /0-5 años después	- Tamaño total de la red de apoyo: tamaño de red disponible, tamaño de red actual, satisfacción con el apoyo y necesidad de apoyo -Apoyo general disponible o percibido -Apoyo social subjetivo en el proceso de duelo	- Duelo Complicado (ICG-R) -Depresión (BDI-II) -TEPT (PCL-C)	Correlación de Pearson	El tamaño de la red de apoyo disponible, la cantidad de relaciones negativas y los niveles de apoyo específico al duelo, se relaciona con los niveles de duelo complicado.	Apoyo disponible: r= -.28 Apoyo familiar o no familiar: r= -.01 Relaciones negativas actuales: r= .28 Apoyo general: r= .01 Apoyo al duelo: r= -.17 TEPT: r= .74 Depresión: r= .67

Tabla 1. Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática (parte 2)

Burke et al. (2014)	N=150. +18	Homicidio, suicidio, accidente o muerte repentina/ 0-10 años después	-Estrategias de afrontamiento religiosas: Positivas (PRC) y negativas (NRC). -Lucha espiritual -Tipo de muerte -Otras variables: tiempo, variables demográficas y características de la muerte	-Duelo complicado (ICG-R)	ANOVAs (comparación de grupos en función de la educación, el tiempo desde el fallecimiento y la frecuencia de contacto). Correlación de Pearson. Análisis de regresión.	Los resultados muestran que las dos formas de respuesta espiritual ante la muerte se relacionan con las respuestas de duelo. Las estrategias de afrontamiento religiosas positivas no se relacionaron con un ajuste a la pérdida, pero unas estrategias maladaptativas si dieron lugar a un duelo más elevado.	CG y PRC: $r = -.09$ CG y NRC: $F(6,138)=10.54, p<.001$ Tiempo y CG: $F(1,143)=18.65, p<.001$ Causa de la muerte-CG: $F(1,140)=7.47, p<.001$
Dyregrov et al. (2003)	N= 232 (128 suicidio/68 accidente y 36 SIDS)	Suicidio, Síndrome de muerte súbita y Accidente / 1-1,5 años después	-Tipo de muerte -Apoyo social o aislamiento -Tiempo desde la muerte -Características de personalidad del familiar y del fallecido	-Angustia psíquica (GHQ-28) -Síntomas de TEPT (IES-15) -Duelo complicado (ICG)	Análisis de regresión	No existen grandes diferencias con respecto a las reacciones de duelo complicado, TEPT y problemas de salud en los tres grupos, aunque son un poco más elevadas en el caso de suicidio. Uno de los predictores más destacados para un duelo complicado, es el aislamiento, unido a ser mujer y a no tener más hijos.	<u>Suicidio</u> Aislamiento: $\beta = -.41$ Género (mujer): $\beta = -.23$ No tener más hijos: $\beta = .17$ <u>SIDS</u> TEPT: $\beta = -.50$ Género (mujer): $\beta = -.55$ <u>Accidente</u> Aislamiento: $\beta = -.48$ No tener más hijos: $\beta = .33$
Dyregrov et al. (2014)	N= 103 (30 padres y 37 madres/ 8 hermanos y 28 hermanas) 12-78 años	Ataque terrorista/ 1,5 años después	-Deterioro funcional atribuido a la pérdida -Variables demográficas -Variables relacionadas con la pérdida	-Duelo complicado (ICG) -TEPT (IES-R). - Salud mental y angustia psicológica. (GHQ-12)	ANOVA (comparación entre géneros)	1.5 años después de los asesinatos, los padres y hermanos sufrieron reacciones de duelo de alta intensidad, las mujeres significativamente más que los hombres. Además, el deterioro funcional en ambos grupos se relacionó con altos niveles de duelo complicado.	Madres/padres: $F=9.33, p=.00$ Hermanos/as: $F=2.75, p=.11$
Johannesson et al. (2011)	N= 486 16-61 años	Tsunami/ 14 y 21 meses después	-Acontecimientos estresantes previos -Variables demográficas -Estar o no presente en el suceso -Relación con el fallecido	-Duelo prolongado (ICG) -Salud mental (GHQ-12) -TEPT (IES)	Análisis de regresión	La exposición al tsunami se asoció con duelo prolongado. La pérdida de niños aumentó el riesgo de sufrimiento psicológico. Los participantes con menor edad presentaron más riesgo de duelo prolongado, así como la educación y eventos previos estresantes. Los hombres presentaron más riesgo cuando se trataba de un hijo, pero las mujeres no diferían en función del parentesco.	Exposición: $\beta = .29$ Perder a un hijo: $\beta = .20$ Mujeres: $\beta = .27$ Educación: $\beta = .15$ Edad (16-24): $\beta = .42$ Edad (25-40): $\beta = .31$ Eventos estresantes previos: $\beta = .16$
McDevitt-Murphy et al. (2012)	54 (mujeres 48 y 6 hombres) 19-71 años	Homicidio/ 0-5 años después	-Variables demográficas -Características de la pérdida	-Ansiedad (BAI) -Depresión (BDI-II) -Duelo complicado (ICG-R) -TEPT (PCL)	ANOVAs (Comparación entre aquellos que habían perdido al ser querido hacía menos de dos años o más de dos años; comparación de las diferentes relaciones que se tenía con el fallecido)	Los niveles de duelo complicado no muestran relación con el tiempo desde la pérdida. No existen diferencias de la patología en relación con el género, pero si en función de los ingresos anuales, siendo mayor esta cuando los ingresos son más reducidos.	Género: $t=1.72, p<.10$ Frecuencia de contacto: $t=2.33, p<.05$ Ingresos anuales: $t = -2.55, p<.05$ Tipo de relación: $t = -1.44, p>.05$
Momartin et al. (2004)	126 (77 mujeres y 49 hombres) 18-88 años	Asesinato	-Características demográficas -Exposición a eventos traumáticos previos a la Guerra -TEPT -Depresión mayor y distimia	-Duelo complicado (CBI)	Correlación de Pearson Chi-cuadrado	Los resultados sugieren que el duelo complicado puede llegar a ser persistente y estar asociado con la depresión. Por otro lado, la variable que más relacionada estuvo con el duelo fue el perder a un esposo/a en la guerra.	Depresión: $r = .43, p<.01$ TEPT: $r = .04$ Perder a un esposo/a: $\chi^2=103.2, p<.01$
Mutabaruk et al. (2012)	N= 102 (70 mujeres y 32 hombres) Edad media: 45 años	Genocidio / 12 años después	-Trauma -Estrés peritraumático -TEPT -Depresión -Síntomas psiquiátricos	-Duelo traumático (ITG)	Correlación de Pearson. Análisis jerárquico de regresión múltiple	La experiencia de estrés experimentada durante o inmediatamente después del trauma, puede mediar la relación entre exposición al trauma y duelo traumático. Además, existen diferencias significativas entre los síntomas de duelo traumático y estrés peritraumático y síntomas psiquiátricos.	Síntomas psiquiátricos: $\beta = .55$ Estrés peritraumático: $\beta = 0.38,$ TEPT: $r = 0.59$

Tabla 1. Estudios que relacionan variables con el duelo tras una muerte traumática (parte 3)

Ndetei, et al. (2004)	N= 164 Grupo I: 92 (48 mujeres y 44 hombres) Grupo II: 72 (28 mujeres y 44 hombres). 27-67 años	Incendio/ Grupo I: 2 meses después. Grupo II: 7 días después.	-Variables demográfica -Tiempo	-Duelo traumático: (ICG)→ grupo I y II -Síntomas de ansiedad y depresión (NOK y SRQ)→ grupo II	Correlación de Pearson	El tiempo transcurrido desde la muerte no influyó en los niveles de duelo traumático y tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al género. Sólo se encontraron diferencias significativas entre la intensidad de la evitación y el número de hijos aún vivos, mostrando una correlación negativa.	Evitación y número de hijos vivos: $r=-0.319$ Hiperactividad y número de hijos vivos: $r=-0.231$
Pfefferbaum et al. (2006)	N=156 (64 niños, 91 niñas y 1 no especificado). 10-12 años	Bomba/ 8-14 meses después	-Variables demográficas -Parentesco con el fallecido, exposición al suceso -Respuesta tras la bomba -Traumas y pérdidas previas	-TEPT(IES-R) -Duelo (TIG)	Análisis de regresión múltiple	El duelo estuvo relacionado con el TEPT debido a la pérdida y también con el TEPT debido a otro evento. No existieron diferencias significativas con respecto a las variables demográficas como el sexo o la edad, y los niveles de duelo no se relacionaron con el parentesco.	TEPT por bomba: $\beta = .26$ TEPT-otros: $\beta = .23$ Tipo de pérdida: $\beta = .04$
Powell et al. (2010)	N=112 mujeres (56 esposos fallecidos, 56 esposos desaparecidos) Edad media: 38,23 años	Guerra: 6-9 años	-Confirmación o no de la muerte -Eventos estresantes durante la guerra o en la actualidad	-Salud mental general (GHQ) -TEPT (IES-R) -Duelo (UCLA Grief Inventory)	ANOVAs (confirmación vs. no confirmación de la muerte) Correlaciones	Ambos grupos presentan altos niveles de estrés psicológico, sobre todo de ansiedad y duelo. No obstante, aquellas mujeres cuyo esposo aún figura en una lista de desaparecidos, presentaron niveles más elevados de duelo traumático.	-Duelo normal: 3.31 (SD=0.66), $t=0.91$. -Duelo traumático: 2.40 (SD=0.98), $t=4.21$, $p<.01$. -TEPT: $r = .48$,
Spoore et al. (2000-2001)	N=85 (52 mujeres y 33 hombres) 32-66 años	Accidente	-Satisfacción con los servicios -Disponibilidad de apoyo tras la exposición al trauma -Tiempo -Variables demográficas	-Duelo traumático (ICG) -Problemas psiquiátricos (GHQ)	-Correlación de Pearson -Análisis de regresión múltiple	Los síntomas de duelo mostraron altas correlaciones con la depresión. Aunque en el caso de duelo de esposos, el género no influyó, si lo hizo cuando el fallecido era un hijo, siendo mayor en madres. El duelo traumático también estuvo relacionado con la satisfacción con el apoyo recibido y el tipo de información que se les dio cuando ocurrió la tragedia. Finalmente, los síntomas también fueron más elevados en los casos en los que el apoyo social era menor.	Disfunción social: $r=.53$ Depresión severa: $r=.57$ Apoyo actual: $\beta = -0.68$ Relación: $\beta = -8.75$ Meses desde la muerte: $\beta = -.09$, Satisfacción con la ayuda: $\beta = -4.7$

Nota. TEPT= Trastorno de estrés posttraumático; EGI=Inventario de duelo extendido; ICG-R= Inventario de duelo complicado Revisado; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II; PCL-C=Lista de comprobación de TEPT-Versión Civil; SIDS= Síndrome de muerte súbita infantil; IES= Impacto de la escala de eventos; GHQ= Cuestionario General de Salud; IES-R= Impacto de la escala de eventos-Revisado; BAI= Inventario de Ansiedad Beck; CBI= Elementos básicos del duelo; ITG=Inventario de duelo traumático; NOK= Escala de Ndetei-Othieno-Kathuku; SRQ=Cuestionario de autoevaluación; TIG= Inventario de duelo de Texas.

Ya con población adulta, el estudio realizado por Burke, Neimeyer y McDevitt-Murphy (2010) indicó la importancia del apoyo social en el proceso de duelo. Otra variable analizada por Burke y Neimer (2014) fue el tipo de muerte sin encontrar diferencias significativas entre ellas. Dyregrov, Nordanger y Dyregrov (2003) por otro lado, realizaron un trabajo cuyos resultados mostraron que los padres que habían perdido a un hijo por SMSL (Síndrome de Muerte Súbita) tuvieron significativamente menos problemas que en los casos de suicidio o accidente, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la muerte por suicidio frente al resto de causas, igual que en el trabajo mencionado anteriormente de Burke et al. (2014).

Dyregrov, Dyregrov y Kristensen (2014) mostraron que el ser mujer se asoció con más síntomas de duelo y Johannesson, Lundin, Hultman, Fröjd y Michel (2011) por su parte, mostraron que, el estar expuestos al suceso donde pierden al ser querido, también agrava la sintomatología de duelo.

Por otro lado, McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, Williams y Lawson (2011), observaron que, además del género, el parentesco que se tenía con el fallecido resultó ser una variable asociada a los síntomas de duelo, los ingresos mostraron ser inversamente predictivos y la frecuencia de contacto con el fallecido era, por su parte, directamente predictiva del duelo complicado.

Momartin, Silove, Manicavasagar y Steel (2004) de nuevo mostraron que, el duelo complicado puede llegar a ser persistente y estar asociado con la depresión, tal y como se encontró en los trabajos de Brown et al. (2005) y Brown et al. (2008), pero en este caso, no con el TEPT; sin embargo, Mutabaruka, Séjourné, Bui, Birmes y Chabrol (2011), mostraron que solo la angustia peritraumática y los síntomas psiquiátricos generales se relacionaron significativamente con los síntomas de duelo traumático.

Ndetei et al. (2004) encontraron que, con respecto al género, los síntomas eran más elevados en las mujeres que en los hombres, pero estas diferencias no fueron significativas al contrario que en la mayoría de trabajos analizados (Dyregrov et al., 2003; Dyregrov et al., 2014; Johannesson et al., 2011; McDevitt-Murphy et al. 2011).

Pfefferbaum et al. (2006), al igual que Brown et al. (2005) y Brown et al. (2008) mostraron en su estudio que, el duelo se asoció en gran medida con el TEPT, en este caso, tanto si era debido a un evento traumático ocurrido recientemente, como debido a la exposición a eventos traumáticos previos.

Tal y como señala Boss (2006) la muerte traumática puede también hacer referencia a personas desaparecidas, denominadas en este caso “pérdidas ambiguas”. En este sentido, Powel, Butollo y Hagl (2010) mostraron unos niveles de duelo mucho más elevados en esposas cuya muerte de sus maridos aún no había sido confirmada en un contexto de guerra, frente a aquellas a las que se les había notificado el fallecimiento de sus esposos.

Por último, Spooeren, Henderick y Jannes (2001) evaluaron a padres cuyos hijos habían fallecido en un accidente de tráfico y encontraron relaciones significativas entre los niveles de duelo de los padres y síntomas de disfunción social y depresión.

Discusión/Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue el de revisar de forma sistemática la literatura que hasta la fecha ha analizado las variables asociadas al duelo tras una muerte traumática. Para ello, un total de 14 estudios fueron identificados en nuestra revisión explorando dicha asociación.

El duelo es visto como un constructo multidimensional, que implica un conjunto complejo de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales. Respecto a nuestra comprensión actual sobre el duelo traumático o patológico y el duelo normal, sabemos que, la mayoría de las personas no necesitan ayuda para elaborar su duelo. El problema aparece cuando alguien no resuelve adecuadamente alguna de las tareas que este proceso conlleva y siente que no consigue seguir con su vida sin que la pérdida interfiera en ésta de manera significativa. De forma general, la mayoría de estudios sugieren una dificultad en el proceso de duelo cuando la muerte se ha producido de forma repentina y trágica. Estos resultados son consistentes a través de estudios que han utilizado población que han sufrido diferentes tipos de muerte, ya sea homicidio, accidente de tráfico, desastre natural, suicidio o síndrome de muerte súbita (SMSL). Asimismo, esta asociación ha sido identificada en todos los tramos de edad estudiados, desde la infancia hasta la edad adulta.

Los conjuntos de factores de riesgo considerados en este estudio se pueden agrupar en factores de tipo sociodemográfico, psicológico y/o relacionados con el suceso. Esta investigación añade más conocimientos a nuestra comprensión sobre el duelo y sobre qué factores están asociados con el mismo.

Con respecto a factores de tipo sociodemográfico, al considerar las características del superviviente, se detectaron diferencias en función del género. No obstante, y aunque la mayoría de los trabajos revisados muestran una relación entre ser mujer y niveles de duelo más elevados, en 3 estudios no se ha hallado tal asociación (Brown et al., 2005; Momartin et al., 2004; Ndetei, et al., 2004), aunque en ninguno de ellos se ha mostrado tampoco una relación en dirección opuesta. Los resultados obtenidos, pueden ser debidos a que las mujeres compartían vínculos más fuertes con el fallecido. Aun así, se necesitan más investigaciones para examinar con más detalle el tipo y la fuerza de los vínculos relacionales que los hombres y las mujeres tenían con el difunto y el impacto diferencial del sexo de estos vínculos sobre la sintomatología del duelo.

Al considerar las características del difunto, la edad es un determinante importante en el duelo. No obstante, en nuestra revisión, no se encontraron diferencias en los niveles de duelo en relación con la edad del fallecido. Atendiendo por otro lado a la edad del superviviente, en la mayoría de los trabajos los resultados han mostrado que, a mayor edad, menor es la respuesta de duelo (Reed, 1998). No obstante, sólo en uno de nuestros trabajos revisados se han encontrado estos resultados (Johannesson et al., 2011).

Atendiendo a factores de tipo psicológico, a lo largo de la investigación, se ha demostrado que los episodios depresivos previos, las estrategias de afrontamiento y los factores de estrés relacionados con el duelo pueden ser más importantes para prolongar el proceso de duelo (Zisook y Shuchter, 1991). En la gran mayoría de los trabajos analizados en nuestra revisión, la ansiedad, la depresión y el TEPT han resultado estar asociados con mayores niveles de duelo complicado.

En relación con las estrategias de afrontamiento, se ha mostrado que conductas de evitación, de ventilación de la ira, de búsqueda de información sobre el suceso ocurrido o el voluntariado, influyen negativamente en el proceso de duelo (Brown et al., 2005; Ndeti et al., 2004), mientras que las actividades creativas, mostraron tener efectos positivos, al tener la función de conectarse con el difunto (Brown et al., 2005).

Esta revisión muestra una amplia influencia del apoyo social sobre el dolor durante el curso del duelo. El apoyo social de la familia y amigos cercanos desempeña un papel importante y consistente en aliviar la ansiedad de separación, y de manera general, todos los síntomas que el duelo complicado conlleva. Todos los trabajos examinados muestran una fuerte asociación entre los síntomas de duelo y el apoyo social, en consonancia además con trabajos previos que han analizado dicha relación (Sherkat et al., 1992).

Con respecto a circunstancias que rodean a la muerte, los resultados muestran que el suceso puede ser más difícil de superar para un superviviente que fue expuesto a lo ocurrido, que para los que no lo hicieron (Johannesson et al., 2011; Mutabaruka et al., 2011; Pfefferbaum et al., 2006), ya que se une el duelo traumático y la exposición a un peligro que pone en riesgo la vida de la persona. También fue más difícil el proceso de duelo para aquellas mujeres cuyo fallecimiento de su marido no había sido confirmado, en circunstancia de guerra (Powel et al., 2010), debido quizá al hecho de no haber llevado a cabo un ritual de despedida.

Por otro lado, en relación al tipo de muerte, las investigaciones han intentado durante mucho tiempo distinguir el duelo suicida de otras formas de duelo. Sin embargo, muchos investigadores concluyen que, los supervivientes de muertes traumáticas, tienen en común la mayoría de las reacciones, independientemente del modo de muerte (Cleiren y Diekstra, 1995). Esta investigación explora esta cuestión, revelando que los niveles de síntomas del duelo complicado de los supervivientes de suicidio reportaron los mismos que el de otro tipo de muerte, mostrando incluso en uno de ellos que, la muerte por accidente de tráfico reportó los mismos resultados de duelo que una muerte por suicidio (Dyregrov et al., 2003). Hay que interpretar dichos resultados no obstante teniendo en cuenta factores que podrían estar mediando, como, por ejemplo, los vínculos existentes entre los supervivientes y los fallecidos o la frecuencia de contacto.

Por último, y en relación con variables o factores de otro tipo que podrían estar influyendo, encontramos el tipo de parentesco y el tiempo como las más relevantes y estudiadas en los artículos de nuestra revisión. Se encontró que la pérdida de un hijo, en comparación con la de un padre o hermano, predijo altos niveles de duelo prolongado. No obstante, en otro de los artículos analizados (Dyregrov et al., 2014) no se encontraron diferencias entre padres y hermanos. Estos resultados pueden ser debidos a la posible variedad de patrones familiares, o incluso, la relación o no relación biológica, ya que la muestra era variada al respecto.

Finalmente, con respecto al tiempo transcurrido desde el suceso, en la mayoría de artículos no se encuentran diferencias significativas en los niveles de duelo, tal y como en el estudio realizado por Schwab, Chalmers, Conroy, Farris y Markush (1975). No obstante, las diferencias mínimas observadas

entre los grupos podrían deberse a que los estudios se han llevado a cabo tras pasar periodos de tiempo cortos, generalmente sólo algunos meses.

Los resultados de nuestra revisión nos permiten concluir que no existe una relación clara entre la mayoría de variables analizadas y el duelo, exceptuando el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. Por otra parte, el estar expuestos a otros factores de estrés asociados a la muerte y determinadas circunstancias que rodean a la misma (como la exposición o la no confirmación del deceso), también tiene un papel relevante en los síntomas de duelo complicado, estando presentes sólo cuando la muerte ha resultado ser traumática. Esta falta de consistencia en los resultados revisados puede deberse a que la investigación en este campo adolece de algunas limitaciones: 1) el 80% de los trabajos revisados son de naturaleza transversal, lo que dificulta la posibilidad de hacer inferencias causales, exceptuando dos de ellos (Dyregrov et al., 2014; Johannesson et al., 2011); 2) los artículos son de carácter retrospectivo, por lo que para la mayoría de variables es imposible confirmar la cronología de su desarrollo y no se evaluaron muchas variables que podían estar funcionando como mediadoras en las respuestas de duelo; 3) hay que tener precaución en la generalización de los resultados debido, por un lado, al tamaño de las muestras y a los pequeños rangos de edad de la mayoría de ellos, y por la falta de representatividad.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos abren paso a futuras investigaciones que deberán estar dirigidas a completar y mejorar los trabajos ya existentes. Puede ser necesario que las investigaciones futuras inicien el contacto con los supervivientes antes, tal vez dentro del primer mes después del duelo y hacer un seguimiento para estudiar la evolución de los síntomas. También, se debería prestar una mayor atención a factores situacionales, estrategias de afrontamiento y otros factores que podrían estar mediando en las diferentes variables, por ejemplo, a la dependencia de ciertos miembros de la familia con el fallecido. Los sentimientos de shock-incredulidad, ansiedad de separación y rechazo pueden ser especialmente intensificados y prolongados cuando existe una fuerte dependencia. También se deberían tener en cuenta otros factores étnicos y culturales ya que las costumbres y patrones de duelo varían en las diferentes comunidades. También se debería añadir alguna información de los rasgos de personalidad y correlacionar tales perfiles con las medidas de la salud psicosocial. Por lo tanto, se necesitan más investigaciones para aumentar nuestra comprensión teórica y empírica de cómo y en qué medida los factores relacionales influyen en las experiencias de duelo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric.
- Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2/3), 355. doi: 10.5209
- Barry, L.C., Kasl, S.V., y Prigerson, H.G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(4), 447-457. doi: 10.1097/00019442-200207000-00011
- Blackman, N.J. (2003). Grief and intellectual disability: A systemic approach. *Journal of Gerontological Social Work*, 38 (1-2), 253-263. doi: 10.1300/J083v38n01_09
- Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York: W.W. Norton.
- Brown, E.J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Bocanegra, H.T.D., Zatta, E., ... y Mannarino, A. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies*, 32 (10), 899-923. doi: 10.1080/07481180802440209
- Brown, E.J., y Goodman, R.F. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 248-259. doi:10.1207/s15374424jccp3402_4

Burke, L.A., Neimeyer, R.A., y McDevitt-Murphy, M.E. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *OMEGA-Journal of death and dying*, 61(1), 1-24. doi: 10.2190/OM.61.1.a

Burke, L.A., y Neimeyer, R.A. (2014). Complicated spiritual grief I: Relation to complicated griefsymptomatologyfollowingviolentdeathbereavement. *Deathstudies*, 38(4), 259-267. doi: 10.1080/07481187.2013.829372

Cleiren, M., y Diekstra, R. F. (1995). After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. En Mishara, Brian L. (Eds.), *The impact of suicide* (pp. 7-39). New York, NY, US: Springer Publishing Co

Dyregrov, K., Dyregrov, A., y Kristensen, P. (2015). Traumatic bereavement and terror: The psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 556-576. doi: 10.1080/15325024.2014.957603

Dyregrov, K., Nordanger, D., y Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death studies*, 27(2), 143-165. doi: 10.1080/07481180302892

Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C., y Stinson, C.H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298. doi:10.1176/foc.1.3.290

Johannesson, K.B., Lundin, T., Hultman, C.M., Fröjd, T., y Michel, P.O. (2011). Prolonged grief among traumatically bereaved relatives exposed and notexposed to a tsunami. *Journal of traumatic stress*, 24(4), 456-464. doi:10.1002/jts.20668

Johnson, C.M. (2010). When African American teen girls' friends are murdered: A qualitative study of bereavement, coping, and psychosocial consequences. *Families in Society*, 91(4), 364-370. doi:10.1606/1044-3894.4042

Kaltman, S., y Bonanno, G.A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of anxiety disorders*, 17 (2), 131-147. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00184-6

Langner, R., y Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 235-242.

Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G., y Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical psychology review*, 24(6), 637-662. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.002

Maddocks, I. (2003). Grief and bereavement. *The Medical Journal of Australia*, 179(6), S6-7.

McDevitt-Murphy, M.E., Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Williams, J.L., y Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303. doi: 10.1037/a0024911

Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., y Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive psychiatry*, 45(6), 475-482. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.013

Mutabaruka, J., Séjourné, N., Bui, E., Birmes, P., y Chabrol, H. (2012). Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda. *Stress and Health*, 28(4), 289-296. doi: 10.1002/smi.1429

Ndeti, D.M., Othieno, C.J., Gakinya, B., Ndumbu, A., Omar, A., Kokonya, D. A., ... Mwangi, J. (2004). Traumatic grief in Kenyan bereaved parents following the Kyanguli School fire tragedy. *World Psychiatry*, 3(1), 50.

Pfefferbaum, B., North, C. S., Doughty, D. E., Pfefferbaum, R. L., Dumont, C. E., Pynoos, R. S., ... y Ndeti, D. (2006). Trauma, grief and depression in Nairobi children after the 1998 bombing of the American Embassy. *Death studies*, 30(6), 561-577. doi: 10.1080/07481180600742566

Powell, S., Butollo, W., y Hagl, M. (2010). *Missing or killed*. *European Psychologist*, 15(3), 185-192. doi:10.1027/1016-9040/a000018

Prigerson H.G., Rosenneck R.A., y Maciejewski, P.K. (1999). Criteria for traumatic grief and PTSD. *Br J Psychiatry*; 174, 560-561.

Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1), 65-79. doi:10.1016/0165-1781(95)02757-2

Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C., Maciejewski, P.K., Davidson, J.R., ... Widiger, T.A. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73. doi: 10.1192/bjp.174.1.67

Pynoos, R.S., y Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of traumatic stress*, 1(4), 445-473. doi:10.1007/BF00980366

Raphael, B. (1997). *The interaction of trauma and grief. Psychological trauma: A developmental approach* (pp. 31-43). New York

Raphael, B., y Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. En J. Wilson y T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York, NY: Guilford Press.

Reed, M.D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 285-301. doi:10.1111/j.1943-278X.1998.tb00858.x

Schwab, J.J., Chalmers, J.M., Conroy, S. J., Farris, P.B., y Markush, R.E. (1975). Studies in grief: A preliminary report. *Bereavement: Its Psychosocial Aspects*, 82-87.

Sherkat, D.E., y Reed, M.D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26(3), 259-275. doi:10.1007/BF00286562

Sigman, M., y Wilson, J.P. (1998). Traumatic bereavement: Post traumatic stress disorder and prolonged grief in motherless daughters. *Journal of Psychological Practice*, 4(1), 34-50.

Silverman, G.K., Jacobs, S.C., Kasl, S.V., Shear, M.K., Maciejewski, P.K., Noaghiul, F.S., y Prigerson, H.G. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30(4), 857-862. doi: 10.1017/S0033291799002524

Simon, N.M., Shear, K.M., Thompson, E.H., Zalta, A.K., Perlman, C., Reynolds, C.F., ... y Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 395-399. doi.org/10.2190/X565-HW49-CHR0-FYB4

Spooren, D.J., Henderick, H., y Jannes, C. (2001). Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident. A retrospective study of a victim support group. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 42(2), 171-185.

Stroebe, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Stroebe, M., y Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 52 (1), 53-70. doi: 10.2190/D1NQ-BW4W-D2HP-T7KW

Zisook, S., y Shuchter, S.R. (1991). Early psychological reaction to the stress of widowhood. *Psychiatry*, 54(4), 320-333.

CAPÍTULO 45

Análisis de las características, prevalencia e intervención en el trastorno obsesivo compulsivo desde la perspectiva enfermera

Leticia López Rivas*, Pablo Tortosa Tortosa**, y Francisca López Gutiérrez**
**Hospital García-Orcoyen; **Hospital De Poniente*

Introducción

La salud es una de las mayores preocupaciones de la sociedad a nivel mundial. Cada día se encuentran avances, tratamientos y nuevas técnicas para conseguir curar una enfermedad, tratarla y ampliar los años de vida o mejorar la calidad de vida de los enfermos. Desde este último siglo, la esperanza de vida masculina ha aumentado de forma considerable. Sin embargo, las enfermedades mentales también han ido incrementado su incidencia, causando en muchos de los casos graves dependencias. Según algunas estimaciones, en 2020 serán las enfermedades de salud mental la segunda causa de discapacidad (López, Barrera, Cortés, Guines, y Jaime, 2011).

Un ejemplo de patología psiquiátrica es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), conocido por la sociedad desde edades antiguas, habiendo evolucionado su concepto y nombrado con diferentes términos (Rodríguez, Toro, y Martínez, 2009).

Como muchos enfermos mentales, los pacientes que sufrían TOC antes del siglo XIX fueron considerados poseídos por satanás y quemados vivos. Fue a partir de esta fecha, cuando se comenzó de manera clínica a estudiar la patología y a considerar las obsesiones como un problema neurótico (Rodríguez, Toro, y Martínez, 2009).

Por vez primera, en el año 1838 Jean Étienne Dominique Esquirol, psiquiatra francés, clasificó el TOC en el grupo de locuras parciales o monomanías (López, Barrera, Cortés, Guines, y Jaime, 2011). Años más tarde, se encuadró dentro de las neurosis emocionales alegando diversos motivos como, por ejemplo, que eran causadas por una lesión en el Sistema Nervioso Vegetativo según explicaba Morel o por causas psicodinámicas si se aplicaba la teoría de Freud (López, Barrera, Cortés, Guines, y Jaime, 2011).

A día de hoy, no existe un consenso claro en cuanto a la clasificación de esta enfermedad mental. Por un lado, el DSM-V lo encuadra en “trastorno por ansiedad” aunque no sea un síntoma principal (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), mientras que la CIE-10 lo ubica en la categoría de “trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2016).

Para diagnosticar a una persona de TOC se hace alusión exclusivamente a la clínica, es decir a que dicho individuo sufre pensamientos desagradables que interfieren en su vida cotidiana y que no pueden ser evitados, lo que le causa gran ansiedad. Para poder solventarlos, deberá llevar a cabo una serie de acciones, compulsiones, que no están relacionadas con esos pensamientos pero que sí minimizan la angustia que le causaban (Velloso y Vicario, 2015; Inchausti y Delgado, 2012; Martínez y Piqueras, 2008; Vargas, Palacios, González, y De la Peña, 2008). No obstante, se utiliza la Escala Yale-Brown para cuantificar la severidad de los síntomas del TOC y supervisar su respuesta al tratamiento (Godoy et al., 2011).

No obstante, los criterios diagnósticos del TOC son iguales para los adultos y para infantes, aunque hay ciertas particularidades (Vargas, Palacios, González, y De la Peña, 2008).

La prevalencia de esta patología es más común de lo esperado. Algunos autores, apuntan que el inicio de la patología comienza durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta. Mas, otros indican que en el 80% de las ocasiones, empieza en la niñez interfiriendo en los juegos, en el nivel académico, la concentración... Sin embargo, sí se ha llegado al consenso de que transcurre un periodo de siete años desde que surgen los primeros síntomas hasta que se solicita ayuda profesional, puesto que los enfermos tratan de ocultarla (López, Barrera, Cortés, Guines, y Jaime, 2011).

Se estima que entre el 1% y el 2,3% de la población mundial la padece, afectando de igual modo tanto a niños como adolescentes y adultos (Rosa, Iniesta, y Rosa, 2013; Ballesteros y Ulloa, 2011; Rodríguez, Toro, y Martínez, 2009; Vargas, Palacios, González, y De la Peña, 2008).

El objetivo de este trabajo es analizar las características y la prevalencia del TOC así como su tratamiento y cuáles serían las intervenciones enfermeras adecuadas para esta patología.

Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio bibliográfico, observacional y con carácter práctico sobre el trastorno psicológico obsesivo compulsivo. Se hizo una revisión de un total de 30 artículos, seleccionando para el uso de este trabajo 16 de ellos. Se incluyeron aquellos relacionados con la sintomatología, el tratamiento y la labor enfermera ante el TOC. Se excluyeron los que fueron publicados anterior al año 2007.

Bases de datos

Los buscadores científicos usados han sido PubMed, ScienceDirect y Scielo, en otras paginas webs de Internet y en bibliografía escrita sobre el TOC.

Descriptor

Como descriptores empleados en esas bases de datos se usaron trastorno obsesivo compulsivo, enfermería, tratamiento.

Fórmulas de búsqueda

Se combinaron los DeCS citados anteriormente con los operadores booleanos and y or mediante el motor de búsqueda Google Scholar.

Resultados

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo fue descrito por primera vez por Esquirol y a día de hoy se considera una patología de ansiedad. Esta problemática es entendida como pensamientos intrusivos repetitivos y perseverantes, que causan nerviosismo, temor o ansiedad, y conductas reiterativas con el fin de minimizar la angustia asociada (Velloso y Vicario, 2015).

Las obsesiones son una serie de ideas, pensamientos, imágenes o impulsos constantes que habitualmente son sin sentido e intentan suprimirlos. Les son involuntarias y viven su día a día luchando contra ellas. Estos enfermos son capaces de entender que estas obsesiones proceden de su propio pensamiento, es por ello que esta característica permite en ocasiones hacer un diagnóstico diferencial entre el TOC y la inserción de pensamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En lo que refiere a las compulsiones, se describen como conductas redundantes y voluntarias que se realizan a modo de respuesta ante la obsesión, de forma repetida o siguiendo unas determinadas reglas. Al enfermo no le proporciona placer alguno, de hecho, en un primer momento desean resistirse a no ejecutarla, no se trata de una acción útil, sino más bien la llevan a cabo para evitar algún desastre o daño. No obstante, estos actos no tienen conexión lógica con aquello que se pretende impedir o resulta evidentemente excesiva. En otras ocasiones, se hacen simplemente para salvaguardarse de la ansiedad. E decir, la procesan con urgencia compulsiva (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Para poder realizar el diagnóstico de esta patología se hace necesario que los síntomas descritos estén presentes creando angustia o incapacitando el día a día del enfermo durante al menos dos semanas consecutivas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2016; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, 2010).

También existen herramientas como la Escala de Yale-Brown que ayuda en la labor del diagnóstico y seguimiento terapéutico (Godoy, Gavino, Valderrama, Quintero, Cobos, et al., 2011).

Del mismo modo, que el diagnóstico se realiza basándose en la clínica que presentan estos enfermos, la clasificación de los diferentes tipos de TOC se lleva a cabo en función de estas obsesiones y compulsiones (García, Belloch, y Prats, 2008):

-Con predominio de rumiaciones: En estos casos surgen ideas, imágenes mentales o impulsos de realizar una acción, que pueden ser muy diversas pero que implican malestar. Un ejemplo sería una persona que se encuentra abrumada por el temor de no poder resistirse en algún momento a hacerle daño a alguien. En muchas ocasiones, estos pensamientos son triviales y les impiden tomar las decisiones más simples de la vida diaria.

La conexión entre el síndrome depresivo y las rumiaciones es muy notable, por lo que sólo se clasificará como TOC si no se hallan indicios de depresión.

-Con predominio de compulsiones: En la mayor parte de los casos se asocia a la limpieza, con comprobaciones reiteradas para cerciorarse de que se ha impedido que suceda un peligro, o con la perfección y el orden. Detrás de todas estas acciones, se esconde el miedo al peligro y a que le suceda algo peligroso a él mismo o a seres queridos. Así, al realizar estos actos se “protegen”. Sin embargo, pueden consumirle muchas horas de su tiempo.

-Con mezclas de las dos anteriores: La mayor parte de los pacientes con TOC padecen obsesiones como compulsiones. Esta categoría se aplica cuando ambos síntomas son de igual intensidad, mas es recomendable que si uno de ellos destaca se encuadre dentro de uno de los anteriores, pues el tratamiento podrá ser más efectivo y focalizado.

El TOC ha sido una de las patologías con psiquiátricas que más tratamientos diferentes ha empleado. Afortunadamente, el pronóstico a día de hoy ha mejorado gracias a la aplicación de la farmacoterapia y la terapia cognitivo conductual.

En relación al uso de psicofármacos los más empleados son antidepresivos, aunque no presenta clínica depresiva. La Clormipramina es de la que mayor evidencia hay. Se trata de un antidepresivo tricíclico, por consiguiente, el enfermo puede sufrir como efectos adversos síntomas anticolinérgicos, aunque se puede emplear tanto en los meramente obsesivos como en los que sufren obsesiones y compulsiones. La alternativa a la Clormipramina son los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) puesto que sus efectos secundarios son menores. Algunos ejemplos son la fluvoxamina, fluoxetina y sertralina (Rosa, Iniesta, y Rosa, 2013).

Desde el lado de la terapia psicológica, se encuentra como pilar básico la Terapia Cognitivo-Conductual. La utilización de las técnicas de transformar la conducta emanadas de la teoría del aprendizaje ha manifestado ser efectiva, sobre todo en casos con predominio de las compulsiones.

Para este tipo de metodología se necesita de la observación y del registro del tipo y frecuencia de las acciones del paciente y la relación de este con los estímulos del medio. Tras esto, se construye un plan estructurado e individualizado para intentar corregir las situaciones conflictivas. Cuando se presentan rituales, el proceso elegido es exponer al enfermo al escenario que rehúye (p.ej. una habitación desordenada) a la vez que se le impide que haga sus compulsiones (p.ej. ordenar el espacio simétricamente) (Rosa, Iniesta, y Rosa, 2012).

En el caso de que los pacientes sean rumiadores, la opción más acertada es la terapia de detención del pensamiento. Este método consiste en adiestrar a la persona para que consiga eliminar cualquier tipo de pensamiento que no desee (González, 2009).

Ante toda esta patología, el rol de la enfermera junto con el resto del equipo multidisciplinar es esencial. Su labor debe de ser (Pérez et al., s.f):

1. Identificar los signos y síntomas que muestra el enfermo, así como el origen de los mismos.
2. Realizar una valoración siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson o los patrones funcionales de Marjory Gordon para conocer su nivel de independencia y capacidad funcional
3. Examinar si el paciente intenta oponer resistencia a las obsesiones y compulsiones.
4. Investigar si lleva a cabo conductas o rituales peligrosos.
5. Evaluar la relación que presenta el enfermo con su familia y con el resto de la sociedad.
6. Tener una actitud empática, mostrando que conoce su problema, facilitando que el paciente manifieste sus sentimientos sin miedo a la burla o rechazo y aportando nuevas alternativas para afrontar la situación angustiosa, sin implicarse en las obsesiones y compulsiones.
7. Colaborar en la aplicación de las terapias y establecer estrategias para el cumplimiento terapéutico.

Discusión/Conclusiones

El TOC se ha descrito como pensamientos intrusivos repetitivos y perseverantes, que causan nerviosismo, temor o ansiedad, y conductas reiterativas con el fin de minimizar la angustia asociada. Es por esto que se considera una patología crónica (Inchausti y Delgado, 2012; Martínez y Piqueras, 2008; Velloso y Vicario, 2015).

Durante muchos siglos, los enfermos mentales han sido acusados de estar poseídos, torturados y castigados de modo injusto e inclusive, han muerto calcinados cruelmente. Afortunadamente, hoy en día las enfermedades mentales son consideradas una patología más del ser humano, que requiere de tratamiento, de técnicas y de cuidados ofertados por equipos multidisciplinarios.

En el caso concreto del TOC y de muchos otros trastornos psicológicos, el reconocer personalmente el problema y solicitar ayuda profesional es la base para iniciar el proceso de recuperación y la adquisición de una buena calidad de vida. Es necesario que el paciente adquiera un gran compromiso para conseguir aliviar y minimizar la clínica, y sí poder lograr el éxito del tratamiento. No obstante, este éxito dependerá no solo del propio enfermo y su fuerza de voluntad y constancia, sino también se verá influenciado por el rol de la familia en relación a cómo afronten el problema.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). Arlington, V.A: American Psychiatric Publishing.
- Ballesteros A.T., y Ulloa R.E. (2011). Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave. *Rev. Salud Mental*. 34 (2), 121-128.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU. (2010). *Cuando Pensamientos Indeseados Toman Control: Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Institutos Nacionales de la Salud Publicación de NIH Num. SP 10-4676.
- García, G., Belloch, A., y Prats, C.M. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, 13(2), 65-84.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M.P., Casado, Y., y Capafons, J.I. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2).
- González, I.D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-7.
- Inchausti, F., y Delgado, A.R. (2012). Revisión de las medidas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 22-29.
- López, M.T., Barrera, M.I., Cortés, J.F., Guines, M., y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.

Martínez, A.E., y Piqueras, J.A. (2008). Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Neurol*, 46(618), 25.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2016). *Clasificación Internacional De Enfermedades (10ª ed.)*. Revisión, modificación clínica.

Pérez, R.M., Martínez, A.M.G., Cánovas, S.G., Carrillo, L.N., Gallar, E.M.Á., et al. (s.f). Caso clínico: Psicótico vs TOC. Intervenciones multidisciplinares.

Rodríguez, A., Toro, J., Martínez, A. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20, 7-32.

Rosa, A.I., Iniesta, M., y Rosa, A. (2012). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión cualitativa. *Anales de Psicología*, 28(2), 313-326.

Rosa, A.I., Iniesta, M., y Rosa, A. (2013). Los tratamientos farmacológicos en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(3), 196-203.

Vargas, L.A., Palacios, L., González, G., y De la Peña, F. (2008). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: An update. Part one. *Salud mental*, 31(3), 173-179.

Vellosillo, P.S., y Vicario A.F.C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014.

CAPÍTULO 46

Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia rs-14 en euskera

Estíbaliz Ramos-Díaz, Iratxe Antonio-Agirre, e Iván De Jesús Moronta Tremols
Universidad del País Vasco/Euskal-Herriko Unibertsitatea

Introducción

Tradicionalmente, la imagen negativa de la adolescencia ha propiciado un modelo de investigación centrado en el déficit y en los factores de riesgo más característicos de este periodo evolutivo (Shek y Merrick, 2015). Sin embargo, en la última década, se ha producido un cambio importante de enfoque que ha llevado a situar como objetivo prioritario el estudio de aquellos factores que pudieran tener un impacto favorable sobre el desarrollo adolescente (Oliva y Pertegal, 2015). Entre los aspectos protectores que promueven un desarrollo psicológico saludable, a pesar de los riesgos y amenazas propios de la adolescencia, destaca la resiliencia (Lerner et al., 2013; Sánchez-Hernández, Carrillo, y Garber, 2016). Este constructo ha sido identificado como una variable facilitadora de la adaptación escolar y personal de los estudiantes de secundaria (Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Fernández-Zabala, Revuelta, y Zuazagoitia, 2016) y es considerado un elemento clave para el ajuste adolescente (Master y Tellegen, 2012; Rodríguez-Fernández et al., 2016), lo que ha originado un progresivo interés por el desarrollo de modelos teóricos e instrumentos de medida para su estudio y promoción.

El término resiliencia ha sido descrito habitualmente como la adaptación o el desarrollo positivo a pesar del riesgo o la adversidad (Masten, 2014; Zolkoski y Bullock, 2012; Wagnild, 2013). Además, se trata de una variable muy estudiada en población adolescente por sus implicaciones para la prevención del riesgo y el desarrollo positivo, encontrándose que los jóvenes resilientes exhiben una mayor autorregulación ante la presión de los iguales asociada a conductas de riesgo (Veselka et al., 2009) y muestran menos síntomas de desajuste psicológico (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, y Stiles, 2011). Sin embargo, la definición de este constructo ha protagonizado históricamente un extenso debate que ha girado en torno a su acotación conceptual como un rasgo, asociado a factores intrapsíquicos que afectan la capacidad de la persona para superar la adversidad, o como un estado, entendido como un proceso adaptativo dependiente del contexto (Zolkoski y Bullock, 2012). Cuando la resiliencia ha sido concebida como un rasgo, se sugiere que representa una constelación de características que permiten a la persona adaptarse satisfactoriamente ante determinados factores de riesgo externos (Connor y Davidson, 2003; Wagnild y Guinn, 2011; Wagnild y Young, 1993). Por su parte, el enfoque de la resiliencia como proceso dinámico entiende que se trata de una capacidad que evoluciona a lo largo del tiempo en un contexto de interacciones persona-ambiente (Lerner et al., 2013; Ungar, Ghazinour, y Richter, 2013). Este enfrentamiento de modelos ha derivado en la falta de una definición general aceptada de la resiliencia (Fletcher y Sarkar, 2013) y, en consecuencia, actualmente no hay ningún instrumento estandarizado aceptado para su evaluación (Pritzker y Minter, 2014).

Revisiones sistemáticas recientes de la bibliografía sobre instrumentos de evaluación de la resiliencia han identificado al menos una veintena de cuestionarios utilizados habitualmente en población adolescente (Smith-Osborne y Bolton, 2013; Windle, Bennett, y Noyes, 2011). La Escala de Resiliencia RS-25 (Wagnild y Young, 1993) fue originalmente implementada con adultos, pero ha sido frecuentemente utilizada con adolescentes (Pritzker y Minter, 2014). Este instrumento fue desarrollado para poner a prueba la concepción de la resiliencia como rasgo, centrándose en un conjunto de características personales que amortiguan los efectos de las condiciones adversas de la vida (Wagnild y Guinn, 2011; Wagnild y Young, 1993). Éste destaca por ser uno de los cuestionarios de resiliencia más

comúnmente utilizado y por contar con mayor apoyo empírico (Damasio, Borsa, y da Silva, 2011; Nishi, Uehara, Kondo, y Matsuoka, 2010; Windle, Bennet, y Noyes, 2011). La necesidad de crear un instrumento breve de medida de la resiliencia que pudiera ser administrado a estudiantes adolescentes en diversos contextos escolares impulsó que Wagnild y Guinn (2011) desarrollaran una versión reducida de 14 ítems (RS-14) derivada de la escala original RS-25. Dada su reciente creación, el RS-14 ha sido objeto de mucho menos estudio que otras medidas de la resiliencia.

En consecuencia, tomando en consideración los antecedentes aquí expuestos, el principal objetivo de este trabajo es analizar las características psicométricas de la versión en Euskera de la Escala de Resiliencia RS-14 (Wagnild y Guinn, 2011) en población adolescente.

Método

Participantes

En este estudio participan 737 estudiantes (50.5% hombres y 48.8% mujeres; $M_{\text{edad}} = 14.76$ años, $DT = 1.75$) de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato de entre 11 y 19 años provenientes de centros públicos y privados de la Comunidad Autónoma Vasca, seleccionados mediante muestreo probabilístico.

Variables e instrumentos de medida

La resiliencia: Para medir la percepción que tienen los participantes adolescentes de la resiliencia como característica personal propia se emplea la escala RS-14 de Wagnild y Guinn (2011), adaptación transcultural al Euskera realizada expresamente para este estudio. Se trata de una versión reducida de 14 ítems con siete alternativas de respuesta basada en el instrumento de 25 ítems desarrollada por Wagnild y Young (1993).

Respecto a su estructura interna, estudios previos respaldan empíricamente la bidimensional (*Competencia personal y Aceptación de uno mismo y de la vida*) de la escala RS-25 de la que informan sus autores (Las Hayas et al., 2014; Nygren, Randström, Lejonklou, y Lindman, 2004). Sin embargo, no es posible realizar esta misma aseveración respecto a su versión reducida, dados los resultados contradictorios hallados hasta el momento. Ejemplo de ello es el trabajo de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014), cuyos resultados confirmarían la estructura bidimensional de la escala RS-14, mientras otras investigaciones recalcarían el carácter unidimensional de la versión reducida del instrumento (Damasio et al., 2011; Oliveira, Matos, do Rosário, y Oliveira, 2015; Pritzker y Minter, 2014). Por otra parte, la revisión realizada por Wagnild (2009) de 12 estudios en los que se emplearon la Escala de Resiliencia realizada aporta evidencias a favor de la fiabilidad y la consistencia interna ($\alpha = .72 - .94$) de este instrumento; del mismo modo, esa revisión deja patente la relación existente entre la resiliencia y variables como el estrés, la ansiedad o la salud mental.

En cuanto a su adaptación y validación, son numerosos los estudios realizados con este fin que han propiciado su difusión. Entre otros, la Escala de Resiliencia se ha validado en idiomas tales como el Urdu (Bhaman, Karmaliari, Asad, y Asam, 2015), el Sueco (Nygren et al., 2004), el Japonés (Nishi et al., 2010) o el Portugués (Oliveira et al., 2015), así como en población general brasileña (Damasio et al., 2011).

Procedimiento y análisis de datos

En primer lugar, se procede a la adaptación transcultural del RS-14 al contexto cultural de los estudiantes vascoparlantes de Educación Secundaria Obligatoria y de Bachillerato de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Para ello se toman en consideración las características socioculturales, personales y evolutivas de la población objeto, al igual que aspectos técnicos propios del proceso de adaptación y validación del test. Dos investigadores bilingües expertos en resiliencia realizaron de

manera independiente la traducción del instrumento, para posteriormente acordar y precisar, junto a un lingüista, la traducción que se emplearía en esta investigación.

Tras obtener la autorización de los padres, madres tutores legales y de la dirección de los tres centros escolares que participan en esta investigación, se administra a los participantes el dossier de cuestionarios, entre los que se incluye la escala RS-14. Para disminuir el posible efecto de la deseabilidad social en sus respuestas, se asegura la colaboración voluntaria y anónima del alumnado participante.

En este estudio de carácter exploratorio se utiliza el programa estadístico FACTOR v.8.02 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2007) para los correspondientes análisis descriptivos, correlacionales y multivariantes. Más concretamente, se analizan los estadísticos descriptivos, las correlaciones Spearman entre los ítems e ítem-escala y los coeficientes alpha de Cronbach para valorar la centralidad y capacidad discriminativa de los ítems de la escala RS-14. Para el análisis factorial exploratoria se hace uso de la matriz policórica, junto al análisis paralelo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011), a fin de determinar el número de factores que extraer. Por último, se estima la fiabilidad y consistencia interna de este instrumento mediante los coeficientes alpha de Cronbach (α), omega de McDonald (Ω), fiabilidad compuesta (IFC) y varianza media extraída (VME).

Resultados

Con el propósito de analizar la centralidad y la capacidad discriminativa de los ítems de la escala RS-14, primeramente, se constata que los análisis descriptivos iniciales confirman que las personas participantes en este estudio hicieron uso de las siete alternativas de respuesta de la escala RS-14, de este modo, evidenciando que ninguna de las categorías de respuesta presenta sesgos que las excluya de ser escogidos. Asimismo, tomando en consideración las directrices propuestas por Carretero-Dios y Pérez (2005), se examinan medidas de tendencia central, de dispersión y de forma. Más concretamente, se valora que las puntuaciones medias y medianas en cada uno de los ítems de la escala sean cercanas al punto intermedio de las respuestas posibles; que los ítems presenten desviaciones típicas mayores a 1; y que sus valores de asimetría y curtosis sean inferiores a $|2|$ (George y Mallery, 2010; Gravetter y Wallnau, 2014) respectivamente. La tabla 1 evidencia que, respecto a la puntuación media, los ítems RS01, RS03, RS05 y RS07 presentan valores cercanos (3, 5) al punto intermedio de las siete posibles categorías de respuesta. Sin embargo, el resto de los ítems muestran valores superiores a 5, evidenciando que la mayoría de los indicadores de la escala RS-14 discriminan en mayor medida a aquellos participantes que informan de niveles más altos en los rasgos que miden. Reflejo de ello son, también, los valores de 5 y 6 obtenidos en la mediana. Por otra parte, todos los coeficientes de asimetría y curtosis de los ítems exhiben valores inferiores a los propuestos por West et al. (1995). A pesar de ello, la distribución asimétrica a la izquierda y leptocúrtica que reflejan en general los histogramas y el p-valor ($p < .01$) asociado a la prueba de Kolmogorov-Smirnov indican que no es posible asumir que las puntuaciones obtenidas en los ítems se aproximan a una distribución normal univariante.

En cuanto a la capacidad discriminativa de los ítems de la escala RS-14, se valora que los coeficientes de correlación de Spearman corregidos ítem-escala sean superiores a $\rho > .25 - .30$ (Nunnally y Bernstein, 1995). A este respecto, los datos muestran que los coeficientes de los ítems de la escala oscilaron entre $\rho = .25 - .57$, siendo RS01 y RS07 los únicos ítems con correlaciones por debajo de .30.

En relación a la fiabilidad de los ítems, se examina su aportación junto a su varianza, dado que ambos términos están estrechamente relacionados. Esto se debe a que cuanto mayor es la variabilidad que presenta un ítem, mayor es su capacidad para detectar diferencias de manera fiable. De acuerdo con los datos obtenidos, los ítems que menor variabilidad expresan son el RS01, RS10, RS12 y RS07, correspondientemente, aunque de todos ellos son los ítems RS01 y RS07 aquellos que no contribuyen de manera significativa a la consistencia interna de la escala RS-14. Del mismo modo, estos dos ítems exhiben los coeficientes de correlación múltiple al cuadrado más bajos de la escala

($R^2 = .10$ para RS01 y $R^2 = .15$ para RS07), por lo que éstos serían los que menor proporción de variación de los resultados aportan.

Tabla 1. Estadísticos de Tendencia Central y Capacidad Discriminativa de los Ítems de la Escala RS-14

Ítems	M_i	M	DT	As	Curt	$r_{i-esc\ cor}$	$M_{esc\ sin\ ítem}$	$S^2_{esc\ sin\ ítem}$	$\alpha_{esc\ sin\ ítem}$	R^2	M_{esc}	S^2_{subesc}	$\alpha_{subescala}$
											74.19	101.92	.81
RS01	5.00	4.92	1.35	-0.62	0.28	.25	69.28	93.50	.81	.10			
RS02	6.00	5.61	1.36	-1.13	1.11	.51	68.58	87.05	.79	.32			
RS03	5.00	4.52	1.59	-0.37	-0.45	.31	69.67	89.95	.81	.15			
RS04	5.00	5.18	1.49	-0.85	0.32	.54	69.00	84.80	.79	.41			
RS05	5.00	4.97	1.26	-0.55	0.32	.51	69.22	88.21	.79	.31			
RS06	5.00	5.11	1.40	-0.63	0.05	.39	69.07	89.63	.80	.21			
RS07	5.00	4.69	1.56	-0.44	-0.42	.28	69.50	91.26	.81	.15			
RS08	6.00	5.53	1.27	-0.78	0.34	.53	68.66	87.67	.79	.42			
RS09	5.00	5.19	1.26	-0.74	0.61	.43	69.00	90.00	.80	.37			
RS10	6.00	5.78	1.23	-0.96	0.72	.37	68.41	91.74	.80	.16			
RS11	5.00	5.29	1.34	-0.85	0.72	.53	68.89	86.96	.79	.33			
RS12	6.00	5.89	1.12	-1.04	1.17	.43	68.30	91.46	.80	.24			
RS13	6.00	5.95	1.35	-1.51	2.18	.49	68.23	87.55	.79	.38			
RS14	6.00	5.57	1.11	-0.97	1.44	.57	68.62	88.62	.79	.37			

Nota. As: Asimetría; Curt: Curtosis; i-esc cor: Ítem-Escala Corregida; R^2 = Correlación Múltiple al Cuadrado; Esc = Escala

Como análisis previo al estudio de la dimensionalidad de la escala RS-14, se examinan las correlaciones de los ítems que la componen (véase tabla 2), puesto que trabajos como los de Muthén y Kaplan (1985, 1992) aconsejan emplear correlaciones policóricas cuando la distribución univariada de ítems ordinales se aleja de la distribución normal. Los resultados obtenidos reflejan correlaciones rho de Spearman significativas entre todos los ítems, con valores comprendidos entre $\rho = .10$ para el par de ítems RS06-RS09 y $\rho = .52$ para el par de ítems RS08-RS09, a excepción del par RS07-RS09 que no se relacionan de manera significativa.

Respecto al análisis factorial exploratorio (AFE), no sólo es una herramienta para explorar la dimensionalidad de un instrumento partiendo de los datos empíricos de los que se dispone, esta técnica estadística también puede ser empleada en la selección de ítems homogéneos a fin de obtener un conjunto de ellos que pudieran explicar la mayor parte de la varianza común (Floyd y Widaman, 1995). En primer lugar, el análisis paralelo basado en el análisis factorial de rango mínimo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011) efectuado sugiere que el número más efectivo de dimensiones a extraer es uno. Seguidamente, se valora la adecuación de la matriz de correlaciones policórica para explorar el modelo unidimensional de la escala RS-14. Tanto el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con un valor de .856, como el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 2258.00, p < .01; gl = 91$) indican que resulta apropiado el empleo de este procedimiento.

La tabla 3 recoge las saturaciones factoriales y las comunalidades de los ítems del RS-14, contribuyendo este conjunto de indicadores a explicar un 34.17% de la varianza. A este respecto, todos los ítems presentan saturaciones significativas superiores a .300. Concretamente, RS01, RS03 y RS07 muestran saturaciones inferiores a .400, valor de corte sugerido por Stevens (1992) y Hair, Anderson, Babin, y Black (2010), y comunalidades (saturaciones factoriales estandarizadas) inferiores a .300, mientras que el resto de los ítems evidencian saturaciones y comunalidades mayores a las indicadas. Tan sólo el ítem RS09 exhibe una comunalidad de .276, al tiempo que presenta un valor de saturación factorial de .556.

Finalmente, teniendo en cuenta las propiedades psicométricas de los ítems, así como las saturaciones factoriales superiores a .400 que presentan la mayoría de ellos, se opta por excluir a RS01, RS03 y RS07 de la escala de resiliencia y de los análisis de fiabilidad y consistencia interna. Así, los datos evidencian que esta versión reducida de 11 ítems presenta propiedades psicométricas y un ajuste más óptimo que la versión de 14 ítems. Del mismo modo, los ítems de conforman esta versión reducida ofrecen de manera general índices de fiabilidad y consistencia interna adecuados ($\alpha = .84; \Omega = .85; IFC = .84; VME = .35$).

Tabla 2. Matriz de Correlaciones Policóricas entre los Ítems de la Escala RS-14

	RS01	RS02	RS03	RS04	RS05	RS06	RS07	RS08	RS09	RS10	RS11	RS12	RS13	RS14
RS01	-													
RS02	.25**	-												
	(.001)													
RS03	.11**	.26**	-											
	(.003)	(.001)												
RS04	.16**	.41**	.31**	-										
	(.001)	(.001)	(.001)											
RS05	.19**	.23**	.18**	.36**	-									
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)										
RS06	.21**	.24**	.08*	.31**	.32**	-								
	(.001)	(.001)	(.033)	(.001)	(.001)									
RS07	.16**	.12**	.12**	.15**	.24**	.18**	-							
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)								
RS08	.21**	.30**	.22**	.29**	.37**	.20**	.23**	-						
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)							
RS09	.21**	.34**	.17**	.24**	.29**	.10**	.06	.52**	-					
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.007)	(.101)	(.001)						
RS10	.12*	.27**	.21**	.24**	.21**	.28**	.12**	.19**	.23**	-				
	(.010)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)					
RS11	.14**	.31**	.21**	.45**	.33**	.25**	.28**	.28**	.25**	.26**	-			
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)				
RS12	.20**	.32**	.13**	.24**	.28**	.25**	.15**	.37**	.29**	.31**	.34**	-		
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)			
RS13	.12**	.44**	.19**	.48**	.24**	.23**	.13**	.26**	.25**	.22**	.34**	.28**	-	
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)		
RS14	.24**	.33**	.21**	.42**	.40**	.30**	.23**	.36**	.28**	.24**	.38**	.28**	.44**	-
	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	

Nota. * (p) < .05; ** (p) < .01.

Tabla 3. Saturaciones Factoriales y Comunalidades de los Ítems de la Escala RS-14

	F1	Comunalidad
RS01	.345	.119
RS02	.619	.383
RS03	.356	.127
RS04	.644	.415
RS05	.563	.317
RS06	.465	.217
RS07	.328	.108
RS08	.604	.365
RS09	.526	.276
RS10	.475	.225
RS11	.618	.382
RS12	.563	.317
RS13	.639	.409
RS14	.677	.459

Discusión/Conclusiones

Resulta necesario para la evaluación de la resiliencia en la adolescencia disponer de cuestionarios que aporten una medición fiable de dicho constructo. El objetivo de este estudio era analizar las propiedades psicométricas del cuestionario RS-14 (Wagnild y Guinn, 2011) traducido al euskera. Para ello, se tomó en consideración el nivel de medida ordinal inherente a las escalas tipo Likert, a fin de garantizar que los procedimientos estadísticos empleados eran los más adecuados. Los resultados de la investigación indican que la versión en euskera de la Escala de Resiliencia RS-14 posee en general unas propiedades psicométricas aceptables, aunque mejorables. Por tanto, este estudio proporciona los primeros pasos hacia la posible validación de una medida en euskera del constructo de resiliencia considerada como una característica de personalidad positiva que amortigua los efectos de las condiciones adversas de la vida (Wagnild y Young, 1993; Wagnild y Guinn, 2011) en población adolescente.

La primera aproximación exploratoria al estudio de la dimensionalidad de la escala mostró que una estructura monofactorial era la más adecuada, corroborando la estructura unidimensional del RS-14 indicada en investigaciones previas (Damasio et al., 2011; Pritzker y Minter, 2014; Wagnild y Guinn,

2011). No obstante, la estructura unidimensional explica un bajo porcentaje de la varianza total. Por otra parte, las saturaciones factoriales de los ítems de la escala se encuentran dentro del rango adecuado, a excepción de RS01, RS03 y RS07 que son eliminados para dar lugar a una versión reducida de 11 ítems que ofrece de manera general índices de fiabilidad y consistencia adecuados. Sin embargo, cabe señalar que los valores de VME son mejorables.

En cuanto a las implicaciones de este estudio, el análisis de las propiedades psicométricas del RS-14 (Wagnild y Guinn, 2011) traducido al euskera en población adolescente sugieren lo siguiente: 1) que el cuestionario posee una buena consistencia interna coincidiendo con estudios previos (Pritzker y Minter, 2014); y 2) que la adaptación del cuestionario RS-14 al euskera confirma la estructura unifactorial que investigaciones anteriores ponen de manifiesto. Aunque estas implicaciones sugieren que el cuestionario posee propiedades psicométricas aceptables, se recomienda la eliminación de tres ítems. Esta recomendación se basa en un criterio básicamente estadístico.

En cuanto a las limitaciones, pese a que la muestra es probabilística, los resultados podrían estar parcialmente sesgados, puesto que el tamaño de la muestra empleada en este estudio es limitado. Por lo tanto, resultaría necesario replicar el estudio con un mayor tamaño muestral para asegurar la representatividad de la muestra. Por último, será necesario la complementación del análisis factorial exploratorio con el análisis factorial confirmatorio para comprobar si el modelo unifactorial propuesto presenta un ajuste satisfactorio con los datos en otra muestra de escolares adolescentes.

En todo caso, este trabajo presenta una escala breve en euskera que contribuirá a la tarea de evaluación, así como a asentar las bases teóricas necesarias para favorecer el desarrollo positivo adolescente en el contexto escolar a través de la promoción de variables psicológicas como la resiliencia.

Referencias

- Bhamani, S.S., Pasha, O., Karmaliani, R., Asad, N., y Azam, I. (2015). Validation of the Urdu Version of Wagnild and Young's Long and Short Resilience Scales Among 20-to 40-Year-Old Married Women Living in Urban Squatter Settlements of Karachi, Pakistan. *Journal of Nursing Measurement*, 23(3), 425-435. doi: 10.1891/1061-3749.23.3.425
- Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Connor, K.M., y Davidson, J.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Damasio, B.F., Borsari, J.C., y da Silva, J.P. (2011). 14-Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. *Journal of Nursing Measurement*, 19, 131-145. doi: 10.1891/1061-3749.19.3.131.
- Fletcher, D., y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. doi:10.1027/1016-9040/a000124
- Floyd, F.J., y Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-199.
- George, D., y Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update* (10ª ed.). Boston: Pearson.
- Gravetter, F., y Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (8ª ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Babin, B.J., y Black, W.C. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (Vol. 7). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Hjemdal, O., Vogel, P.A., Solem, S., Hagen, K., y Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 18(4), 314-321. doi:10.1002/cpp.719
- Las Hayas, C., Calvete, E., del Barrio, A.G., Beato, L., Muñoz, P., y Padierna, J.Á. (2014). Resilience Scale-25 Spanish version: Validation and assessment in eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 460-463. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.10
- Lerner, R.M., Agans, J.P., Arbeit, M.R., Chase, P.A., Weiner, M.B., Schmid, K.L., y Warren, A. (2013). Resilience and positive youth development: A relational developmental systems model. En S. Goldstein y R.B.

Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 293-308). New York, NY US: Springer Science + Business Media.

Lorenzo-Seva, U., y Ferrando, P. (2007). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. University Rovira y Virgili.

Lorenzo-Seva, U., y Ferrando, P. (2011). *Manual of the program FACTOR v. 8.02*. Recuperado de <http://psico.fccep.urv.es/utilitats/factor/Manual-of-the-FactorProgram.pdf>.

Masten, A.S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(6), 1018-1024. doi:10.1007/s10964-014-0118-7

Muthén, B., y Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 171-189.

Muthén, B., y Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19-30.

Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M., y Matsuoka, Y. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes*, 3(1), 310. doi: 10.1186/1756-0500-3-310

Nygren, B., Randström, K.B., Lejonklou, A.K., y Lundman, B. (2004). Reliability and validity of a Swedish language version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 12(3), 169-178. doi: 10.1891/jnum.12.3.169

Oliva, A., y Pertegal, M.A. (2015). El desarrollo positivo adolescente. Un nuevo paradigma para la investigación y la intervención. En A. Oliva (Coord.). *Desarrollo Positivo Adolescente. Un paradigma para la investigación y la intervención* (pp. 19- 41). Madrid: Síntesis.

Oliveira, A., Matos, A.P., do Rosário, M., y Oliveira, S. (2015). Confirmatory factor analysis of the resilience scale short form in a portuguese adolescent sample. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 260-266. doi: 10.1016/j.subsproc.2014.12.630

Pritzker, S., y Minter, A. (2014). Measuring adolescent resilience: An examination of the cross-ethnic validity of the RS-14. *Children and Youth Services Review*, 44(14), 328-333. doi:10.1016/j.childyouth.2014.06.022

Sanchez, Ó., Carrillo, F.X.M., y Garber, J. (2016). Promoting resilience in children with depressive symptoms. *Anales de Psicología*, 32(3), 741-748. doi: 10.6018/analesps.32.3.261671

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M.A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades psicométricas de la versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 40, 103-113.

Shek, D.L., y Merrick, J. (2015). Positive youth development. *International Journal of Child Health and Human Development*, 8(2), 109-111.

Smith-Osborne, A., y Bolton, K.W. (2013). Assessing resilience: A review of measures across the life course. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(2), 111-126. doi:10.1080/15433714.2011.597305

Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Timmerman, M.E., y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220. doi: 10.1037/a0023353

Ungar, M., Ghazinour, M., y Richter, J. (2013). Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 348-366. doi:10.1111/jcpp.12025

Veselska, Z., Geckova, A.M., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J.P., y Reijneveld, S.A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34(3), 287-291. doi:10.1016/j.addbeh.2008.11.005

Wagnild, G. (2009). *The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: Resilience Center.

Wagnild, G. (2013). Development and use of the Resilience Scale (RS) with middle-aged and older adults. En S. Prince-Embury, D.H. Saklofske, S. Prince-Embury, y D.H. Saklofske (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 151-160). New York, NY, US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4614-4939-3_11

Wagnild, G.M., y Guinn, P.E. (2011). *The Resilience Scale user's guide: For the US English version of the resilience scale and the 14-item resilience scale (RS-14)*. Worden: Resilience center.

Wagnild, G.M., y Young, H.M. (1987). *Resiliency Scale*. Worden (MT): The Resilience Center.

Wagnild, G.M., y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Windle, G., Bennett, K.M., y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of life Outcomes*, 9(1), 8. doi: 10.1186/1477-7525-9-8.

Zolkoski, S.M., y Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295-2303. doi:10.1016/j.childyouth.2012.08.009

CAPÍTULO 47

Alexitimia: factor de riesgo en ansiedad y depresión en mujeres

Encarnación Lozano Galván

Universidad de Extremadura. Doctora en Psicopedagogía

Introducción

Identificar los factores de riesgo asociados a la psicopatología del adolescente es uno de los objetivos prioritarios de la investigación epidemiológica. La utilidad de estos datos se pone de relieve al considerar sus posibles aplicaciones en el ámbito de la salud mental: generar hipótesis explicativas sobre la etiología de los trastornos, realizar una detección temprana de los grupos de riesgo y elaborar planes de prevención que eviten el desarrollo de patologías más severas o su mantenimiento hasta la etapa adulta. El presente estudio de investigación trata de estudiar índice de alexitimia en mujeres y su relación con ciertos trastornos; aspecto de gran relevancia en la actualidad. Nuestros objetivos principales son estimar el índice de alexitimia en dicho grupo; con el fin de poder estimar la posible relación de dicho índice con la posible presencia de trastornos como ansiedad y depresión. Varias son las investigaciones que relacionan trastornos psicológicos con elevado índice de alexitimia; este estudio tendrá como fin el alarmar de la presencia de un factor de riesgo que pudiera influir altamente en la presencia de dichos trastornos.

Nuestro trabajo de investigación se enmarca en una de las etapas más importantes del ciclo vital: la adolescencia, etapa clave en el desarrollo de la persona. En la actualidad, nuestra temática está teniendo especial relevancia; tanto que son bastantes las investigaciones acerca del tema. Tema importante por sus repercusiones en la salud física, psicológica y social.

La aparición del constructo alexitimia fue consecuencia de observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas. Para algunos teóricos del psicoanálisis como Alexander (1950) o Dunbar, (1935), cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático.

Alexitimia se define como la dificultad de identificar y expresar las emociones (Sifneos, 1979).

En la literatura encontramos investigaciones en las que se han descrito características alexitímicas en pacientes con un amplio rango de psicopatologías: trastornos de personalidad psicopática (Keltikangas-Jarvinen, 1982), pacientes con adicciones a drogas y alcohol (Finn et al., 1987; Taylor, 1990; Pinnard, 1996; Loas et al., 1997), depresión (Blumer y Heilbronm, 1982; Fisco, 1989; Taiminen et al., 1996; Loas et al., 1998) trastornos de pánico (Parker et al., 1993; Zeitlin y McNally, 1993) trastornos de la alimentación (Pierloot et al., 1988; Bourke et al., 1992; Taylor et al., 1996; Fukunishi y Kaki, 1997; Rastam, 1997) o trastornos de estrés postraumático como por ejemplo, sujetos mantenidos en campos de concentración nazis (Cristal, 1978; Cristal et al., 1986), combatientes de la guerra de Vietnam (Shipko, 1982; Krystal et al., 1986) supervivientes de holocaustos (Fisch, 1989; Yehuda et al., 1997) o víctimas de abuso sexual (Zeitlin et al., 1993; Berenbaum, 1996).

Estudios relacionados con pacientes con trastornos alimenticios han revelado la presencia de Alexitimia, trastornos depresivos y ansiedad. Zonnevylle-Bender et al. (2004) compararon estos aspectos de función emocional en dos grupos de pacientes con anorexia nerviosa: adolescentes y adultos. Cuarenta y ocho adolescentes (ADO) y 23 adultos (ADU) con anorexia nerviosa completaron un set de tareas y cuestionarios para medir los distintos aspectos de la función emocional y el control de diferencias de un aspecto cognitivo más general. Ambos grupos mostraron una marcada semejanza; ambos mostraron un alto nivel de alexitimia teniendo un mal desempeño en tareas emocionales midiendo aspectos relacionados con alexitimia. Además, ambos grupos mostraron un alto porcentaje de depresión

y ansiedad. A diferencia del grupo adolescente, los adultos obtuvieron puntajes más altos solamente en fobias sociales y específicas. Finalmente, ambos grupos no discreparon substancialmente con respecto a la función emocional. Como vemos existen estudios que relacionan alto índice de alexitimia con trastornos como ansiedad y depresión.

Los estudios realizados por Blumer y Heilbronm (1982), Fisco (1989), Taiminen et al. (1996), Loas et al. (1998) también demostraron que existía un alto índice de alexitimia en personas con depresión; de ello podemos deducir que alto índice de alexitimia; es decir una dificultad para identificar y expresar las emociones es considerado un factor de riesgo para la presencia de trastornos depresivos.

Actualmente son muchos los casos de adolescentes con trastornos depresivos y ansiedad, por lo cual debemos conocer cuáles son los factores de riesgo y protección frente a ellos.

En este estudio planteamos un problema real, trastornos de ansiedad y depresión en jóvenes; y según estudios llevados a cabo anteriormente; un factor de riesgo para dicha conducta, elevado índice de alexitimia.

El objetivo que pretendemos alcanzar es estimar el índice de alexitimia en mujeres jóvenes y la hipótesis que planteada es la existencia de un considerable índice de alexitimia en mujeres jóvenes

Método

La presente investigación está basada en el método hipotético-deductivo; hemos llevado a cabo una investigación utilizando el método cuantitativo por encuesta. El diseño es transversal, puesto que los datos han sido recogidos en un solo momento temporal.

La muestra seleccionada está compuesta por 1805 jóvenes de los cuáles 897 hombres 908 son mujeres de entre 14 y 20 años, que cursan 3º E.S.O., 4º E.S.O., 1º Bachillerato y 2º Bachillerato en centros de la ciudad de Badajoz, en concreto 10 centros públicos, concertados y privados.

El método de selección de la muestra fue aleatorio, por conveniencia; los cuestionarios fueron aplicados a todos los alumnos de los 10 centros escolares escogidos con vistas a que estuvieran representados todas las zonas y todos los niveles socio-económicos de la ciudad.

El Instrumento utilizado ha sido “Escala Toronto de Alexitimia (20 ítems)”. Cuestionario autoadministrado; consta de 20 preguntas. Las tres subescalas son: dificultad para la discriminación de señales emocionales, dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos. La escala de alexitimia de Toronto es un criterio fiable y válido de alexitimia.

El procedimiento seguido ha sido:

Fase 1: Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis (surgidos de la lectura de estudios y de la observación de la realidad).

Fase 2: Revisión bibliográfica (fuentes: bases de datos, libros, artículos de revista, documentos legales, informes, memorias;...; de todo ello, nace el marco teórico).

Fase 3: Selección de la muestra y los instrumentos (Tras largas búsquedas, se encontró la escala adecuados para conseguir los objetivos planteados).

Fase 4: Recogida de datos. El cuestionario fue aplicado directamente por el investigador en sesión única de 50 minutos para cada grupo, en horario de clase. En primer lugar, se les hizo saber el objetivo de la investigación y se les aseguró la confidencialidad de los datos; siendo los cuestionarios totalmente anónimos e introducidos en sobre cerrado. Posteriormente, se les dio una serie de instrucciones para su cumplimentación; y por último cumplimentaron dichos cuestionarios.

Fase 5: Codificación de datos y análisis de los mismos (utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows).

Fase 6: Interpretación de los resultados y conclusiones.

Fase 7: Elaboración de dicha memoria. Procedimiento

Detallar el procedimiento llevado a cabo para la realización del estudio.

Análisis de datos

Describir los análisis de datos así como el tipo de estudio.

Resultados

Tras haber sido codificados los datos en el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows, procedimos a su análisis con el fin de contrastar las hipótesis planteadas. En primer lugar, hicimos un análisis descriptivo de los datos, entre ellos, presentamos tablas de frecuencia, gráficos y estadísticos descriptivos. Facilitamos una serie de tablas y gráficos para ofrecer información detallada acerca del nivel de la alexitimia encontrado en nuestra muestra. Hacemos referencia a la puntuación directa en alexitimia, cuya media se sitúa en 49,32 (mínimo 25, máximo 80) (Tabla 1). Para interpretar la puntuación directa en alexitimia; debemos saber que una puntuación ≤ 51 significa que hay ausencia de alexitimia, entre 52-61 es posible alexitimia y ≥ 61 es alexitimia. Veamos frecuencias y porcentajes del índice de alexitimia. El 12,1% de los jóvenes de nuestra muestra presentan alexitimia, el 28,2% presentan posible alexitimia y el 59,7% presenta ausencia de alexitimia (Tabla 2,3 y gráfico 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para mujeres

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Puntuación directa alexitimia alexitimia	908	25	80	49,32	9,179	84,249
Índice de alexitimia	908	0	2	,52	,702	,492
N válido (según lista)	908					

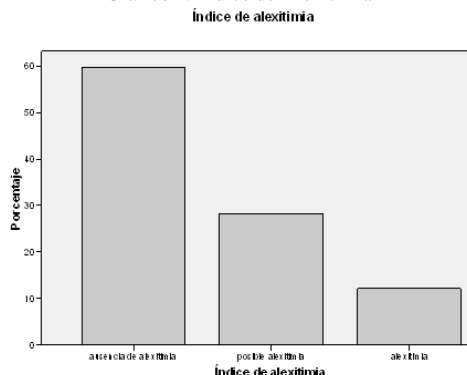
Tabla 2. Estadísticos Índice de alexitimia

N	Válidos	908
Perdidos	0	

Tabla 3. Índice de alexitimia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia de alexitimia	542	59,7	59,7
	Posible alexitimia	256	28,2	87,9
	Alexitimia	110	12,1	100,0
	Total	908	100,0	100,0

Gráfico 1. Índice de Alexitimia



Discusión/Conclusiones

Una vez analizados los datos y obtenidos los resultados, concluimos que existe un considerable porcentaje de mujeres que presentan alto índice de alexitimia, lo cual es un factor de riesgo no solo para padecer trastornos de ansiedad y depresión sino como hemos podido comprobar en los estudios reseñados, con otro tipo de psicopatologías. Debemos crear conciencia de la importancia que posee

trabajar inteligencia emocional en niños y jóvenes para poder prevenir ciertos trastornos que se relacionan con una falta de ésta. Actualmente queda abierto un largo camino en la investigación de psicopatologías. Hoy en día son muchos los factores que inciden en su presencia y es un reto para los investigadores conocerlos con el fin de prevenir la presencia de trastornos que se relacionan con ellos.

Referencias

- Acklin, M.W., y Alexander, G. (1988). Alexithimia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(6), 343-350.
- Acklin, M.W., y Bernat, E. (1987). Depression, Alexithymia and Pain Prone Disorder: A Rorschach Study. *Journal Personality Assessment*, 51, 462-479.
- Ahrens, S., y Defner, G. (1986). Empirical study of alexithymia: methodology and results. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 430-437.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. Nueva York: W.W. Norton.
- Bach, M., y Bach, D. (1996). Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(3), 150-152.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., y Ryan, D.P. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 207-215.
- Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder». *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 585-595.
- Blanchard, E.B., Arena, J.G., y Pallmeyer, T.P. (1981). Psychosomatic Properties of a Scale to Measure Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 64-71.
- Blumer, D., y Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170,381-406.
- Borens, R., Grosse-Schulte, E., Jaensch, W., y Kortemme, K.H. (1977). Is Alexithymia but a Social Phenomenon? An Empirical Investigation in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 193-198.
- Bourke, M.P. et al. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Dunbar, F. (1935, 2 ed 1954) *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships*. Nueva York: Columbia University.
- Flisch, R.Z. (1996). Alexithymia, masked depression and loss in an holocaust survivor. *British Journal of Psychiatry*, 154, 708-710.
- Finn, P.R., Martin, J., y Pihl, R.O. (1987). Alexithymia in males at high risk for alcoholism. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 47, 18-21.
- Fukunishi, I. (1997). Alexithymic characteristics of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease. *Psychological Reports*, 81(2), 627-633.
- Fukunishi, I. et al. (1997). Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. *Psychosomatics*, 38(1), 20-26.
- Fukunishi, I. et al. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 166-170.
- Fukunishi, I., y Kaji, N. (1997). Externally oriented thinking of obese men and women. *Psychological Reports*, 80(1), 219-224.
- Loas, G. et al. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 296-299.
- Loas, G. et al. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar depressive disorders. *Psychopathology*, 31(4), 206-212.
- Pierloot, R., y Vinck, J. (1977). A Pragmatic Approach to the Concept of Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 156-166.
- Pinard, L. et al. (1996). Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance. *American Journal on Addictions*, 5(1), 32-39.
- Rastam, M. et al. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20 item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(5), 385-388.

- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of «alexithimic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Taylor, G. et al. (1988). Criterion validity of Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Taylor, G. et al. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.
- Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: Concept, Measurement, and Implications for Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G.J. et al. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A., y Ryan, D.P. (1988). Factorial Validity of the Toronto Alexithymia Scale with a Clinical Sample. *Psychosomatic Medicine*, 50, 192-209.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D., Parker, J.D.A., Doody, K., y Keefe, P. (1988). Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics Medicine*, 50, 500-509.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., y Parker, J.D.A. (1990). Validation of the Alexithymia Construct: A Measurement-Based Approach. *American Journal of Psychiatry*, 35, 290-297.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. (1991). The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm. *Psychosomatic Medicine*, 32(2), 1-12.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexitimia en medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Doody, K., y Newman, A. (1981). Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26(7), 470-474.
- Taylor, G.J., y Bagby, R.M. (1988). Measurement of Alexithymia: Recommendations for Clinical Practice and Future Research. *Psychiatry Clinical North American*, 11(3), 351-366.
- Zeitlin, S.B., Lane, R.D., O'leary, D.S., y Schrift, M.J. (1989). Interhemispheric Transfer Deficit and Alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1434-1439.
- Zeitlin, S.B., McNally, R.J., y Cassidy, K.L. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? *American Journal of Psychiatry*, 150, 661-663.
- Zeitlin, S.B., y McNally, R.J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658-660.
- Zonneville-Bender, M.J.S., Van-Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., Van-Elburg, A., y Van-Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European and Adolescent Psychiatry*, 11(1), 38-42.
- Zonneville-Bender, M., Van-Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., Van-Elburg, A., y Van-Engeland, H. (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: A controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 28-34.

CAPÍTULO 48

Envejecimiento activo desde la educación: Análisis de buenas prácticas en el programa universitario para mayores de la Universidad de Oviedo

M^a Ángeles Pascual Sevillano y Javier Fombona Cadavieco
Universidad de Oviedo

Introducción

La exploración y el estudio del proceso de envejecimiento de una manera exhaustiva, (desde la biología, la medicina, la psicología y la educación) permiten entender y promulgar la vejez como una etapa más de la vida, con sus posibilidades y con sus limitaciones, como cualquier otra. En el proceso de envejecimiento cuentan mucho las actitudes, pero también las acciones que desde la sociedad se promueven para un envejecimiento activo. La Organización Mundial de la Salud (2002) define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento activo incluye no sólo los aspectos de salud física y mental sino también la participación en la sociedad y su integración social, estableciendo claramente los derechos de las personas mayores como ciudadanos. Envejecer no se circunscribe a un momento concreto de la vida, sino que el envejecimiento es parte de la secuencia del desarrollo humano, por ello, plantear la vejez como un proceso abre caminos de actuación y derriba barreras de prejuicios (Agudo, Pascual, y Fombona, 2012).

La dimensión educativa en la vejez y la importancia de la educación en diversas dimensiones que afectan directamente a la calidad de vida, como la salud o el ocio continúa siendo un reto. Y aunque las personas de más edad apenas participan en el sistema formal de educación, sí son usuarios de las oportunidades no formales e informales.

Como queda reflejado en el Libro Blanco (IMSERSO, 2011) envejecer en la sociedad de la información y del conocimiento implica para las personas mayores afrontar cambios acelerados e inesperados y los adultos necesitan disponer de posibilidad de aprendizaje para facilitar el logro de sus exigencias personales y sociales. Disponer de opciones para aprender es poder participar en procesos de interacción en los que intercambiar significados, conocimientos, estrategias o experiencia, sobre aquello que interesa a las personas y que les permitirá desarrollar sus habilidades y saberes para mejorar su vida y la de quienes le rodean. El aprendizaje a lo largo de la vida contribuye a validar las formas de pensamiento y acción de las personas, a la vez que ayuda a que se integren en una sociedad plural y global.

Muchas personas mayores actualmente, gozan de buena salud, se encuentran muy capaces, tienen cierta seguridad económica y multitud de oportunidades de ocio. Y un porcentaje alto busca lograr su “envejecimiento activo”, desarrollando sus capacidades. En este sentido se han promulgado diferentes políticas encaminadas de forma específica al aprendizaje a lo largo de la vida para adultos mayores. El desarrollo de estos programas en España es muy heterogéneo: unos son promovidos desde los servicios sociales, otros ofertados por las universidades y un tercer grupo liderados por el movimiento asociativo de personas mayores. Como indican Fernández, García, y Pérez (2013) el envejecimiento activo necesita el apoyo de una amplia gama de políticas en todos los niveles de gobierno.

Nuestro objeto de estudio se centra en los Programas Universitarios para Mayores (PUM) y en concreto el ofrecido por la Universidad de Oviedo denominado PUMUO.

El PUMUO es un espacio de encuentro y participación dirigido a las personas mayores de 50 años que mantienen cierta inquietud para ampliar sus conocimientos. Es una de las iniciativas adoptadas en la Universidad de Oviedo para dar respuesta al compromiso de la universidad con la sociedad en la elaboración de enseñanzas específicas a lo largo de toda la vida.

Este programa se concreta en una oferta formativa que se desarrolla a lo largo de cinco años académicos y consta de una parte obligatoria, formada por asignaturas comunes para todo el alumnado de 15 horas lectivas, con duración de 1 hora por sesión, sobre contenidos de naturaleza más teórica y agrupados en 4 bloques temáticos: humanidades, ciencias jurídico sociales, ciencias de la salud y de la vida y ciencia y tecnología. Y una parte optativa con el formato de talleres también de 15 horas lectivas y una duración de 1 hora y 30 minutos por sesión. Estas actividades tienen un carácter más práctico y van orientadas al desarrollo de conocimientos, habilidades, destrezas o competencias más específicas.

Los objetivos del PUMUO (BOPA 7/7/2017) son:

- Proporcionar una formación universitaria de carácter general.
- Alentar el gusto por el conocimiento y la cultura.
- Adquirir capacidades y destrezas que permitan una mejor adaptación a los cambios acelerados de la sociedad actual.
- Favorecer el asociacionismo y despertar actitudes solidarias.
- Proporcionar recursos que permitan mejorar la calidad de vida.
- Formar para el ocio activo y recreativo.

Un aspecto muy importante de esta formación es la metodología, pues se ha de buscar adaptar los contenidos al nivel de formación de los participantes, teniendo en cuenta las situaciones específicas del aprendizaje de las personas mayores y complementándose con actividades de carácter sociocultural (UNESCO, 2011).

Conocer cuáles son las buenas prácticas en el PUMUO, es el objetivo de esta investigación que se ubica en los estudios de buenas prácticas cada vez más presentes en la Educación. Cada vez se realizan con mayor rigurosidad y se convierten en estudios que aportan nuevos datos a la investigación. La noción de “Buena Práctica” está adquiriendo gran relevancia en el ámbito educativo a nivel internacional pues trasciende lo que puede ser una práctica profesional buena, desde el punto de vista de sus autores, para convertirse en algo más preciso. Save the Children define el concepto de “buena práctica como las formas óptimas de ejecutar un proceso que pueden servir de modelo para otras organizaciones.

Braslavsky, Abdoulaye, y Patiño (2003) consideran que una buena práctica es una manera de actuar que ofrece unos resultados concluyentes y que en su puesta en práctica pueden mostrar una innovación respecto a lo que se hace hasta el momento. Por su parte, autores como De-Pablos y González (2007) consideran que una buena práctica es la innovación que permite mejorar el presente y, por tanto, es o puede ser un modelo o norma en un determinado sistema. En ambas definiciones descubrimos la importancia de la “innovación” y “modernización”.

La UNESCO a través del programa Management of Social Transformations, ha especificado cuáles han de ser los atributos del concepto y los rasgos que lo caracterizan. En términos generales, una Buena Práctica ha de ser:

- Innovadora, desarrollando soluciones nuevas o creativas.
- Efectiva, demostrando un impacto positivo y tangible sobre la mejora.
- Sostenible, por sus exigencias sociales, económicas y medioambientales pueden mantenerse en el tiempo y producir efectos duraderos.
- Replicable, sirve como modelo para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones en otros lugares.

Vemos por tanto, que en un estudio de buenas prácticas se están analizando experiencias prácticas e implementadas, con posibilidad de contraste, análisis y evaluación, y no un simple programa de actuación.

Nuestro interés en la selección de buenas prácticas en educación de adultos reside en la necesidad de aprender de los otros, en facilitar y promover soluciones innovadoras, exitosas y sostenibles a problemas compartidos. Consideramos que la búsqueda y selección de buenas prácticas acercan soluciones empíricas efectivas, contribuyen a la investigación y al desarrollo de políticas efectivas proporcionando orientaciones excelentes en el camino de su definición.

Por tanto, nuestro objetivo es analizar las buenas prácticas existentes en formación de personas mayores a través del PUMUO y extraer algunas directrices que marquen el camino a seguir.

Método

Participantes

El total de experiencias de buenas prácticas recogidas en el Programa de formación de personas mayores de la Universidad de Oviedo ha sido 18 de las cuales se han seleccionado para su análisis un total de 15. El número total de personas sobre las que se ha intervenido como participantes de estas prácticas es de 315 sujetos. Los casos analizados se corresponden con el período del curso 2016/17.

Instrumentos

Se ha tomado como referencia el trabajo de Coffield y Edward (2009), quienes proponen nueve dimensiones a analizar en la selección de buenas prácticas:

1. Alumnado: cuáles son sus necesidades, capacidades y conocimientos.
2. Aprendizaje docente: habilidades, creencias y valores del profesorado que ha desarrollado la práctica y desafíos que presentan a quienes intenten desarrollarla en sus respectivos contextos y condiciones de trabajo.
3. Conocimiento: cómo se relaciona el aprendizaje formal planteado con el desarrollo de las competencias básicas que permitan su aplicación.
4. Contexto: comunidad de origen del conjunto de individuos que interactúan en el sistema educativo.
5. Currículo: qué selección de contenidos y aprendizajes (conocimientos, capacidades, valores, etc.) definen la buena práctica y para qué estudiantes pudiera ser adecuada.
6. Evaluación: efectos de la práctica relativos a aprendizajes del alumnado.
7. Gestión: cómo se ha planificado, implementado, secuenciado y evaluado la práctica, dentro de los márgenes y requerimientos establecidos por las políticas de la administración.
8. Pedagogía: metodologías, modos de hacer propuestas y validados en relación con los existentes en centros o aulas.
9. Sociedad: influencias, relaciones y adecuación de una buena práctica con el mercado laboral y la formación de la ciudadanía (su foco específico es la formación profesional).

De la aplicación de algunas de estas dimensiones se seleccionaron un total de 15 buenas prácticas que se analizaron en profundidad para extraer conclusiones.

Para sistematizar la recogida de buenas prácticas se diseñó un cuestionario digital dirigido a la recogida de buenas prácticas en educación de Adultos que se aplicó en diferentes contextos: Oviedo, Gijón, París, Lisboa y Padua. Los profesionales educativos de estos contextos seleccionaron a su vez, aquellas experiencias, proyectos o sesiones que bajo los criterios anteriormente mencionados, consideraron calificarlas como buena práctica.

En total se han seleccionado 50 buenas prácticas en educación de adultos, de las cuales 15 correspondieron a PUMUO.

Señalar que todos los proyectos o sesiones recopilados han sido desarrollados en instituciones educativas.

Para la identificación de la buena práctica se lleva a cabo el siguiente procedimiento:

- Creación de un grupo de trabajo.

a. Composición del grupo de trabajo: responsables de cada centro en cuanto a identificación de buenas prácticas en sus diferentes fases de identificación, diseño, gestión, seguimiento y evaluación.

- Consensuar una definición de buena práctica.
- Consensuar los criterios que definen una buena práctica.
- Diseño y desarrollo del cuestionario de recogida de buenas prácticas en dos idiomas: español e inglés.
- Recogida y sistematizar la información relevante.
- Verificación de la información obtenida.

Entendemos como “Buena Práctica”, aquellas actuaciones, metodologías y herramientas, puestas en marcha en el ámbito educativo de las personas mayores, que han demostrado su capacidad para innovar, con resultados positivos y tangibles que se han mantenido en el tiempo y que son susceptibles de ser transferidas a otros contextos. Por tanto, una Buena Práctica puede adoptar la modalidad de una acción, de una metodología (procedimiento, proceso, estructura) y/o de un instrumento (una herramienta).

En la elaboración del cuestionario de recogida de información sobre la buena práctica, se siguió un procedimiento riguroso de identificación de los elementos que permitieran definir la práctica innovadora. Una vez seleccionados los 30 ítems a desarrollar se llevó a cabo un estricto proceso de revisión de expertos que permitió detectar algunos elementos de mejora. Hemos de tener en cuenta que esta ficha irá dirigida a un contexto internacional y que la terminología al uso debería entenderse en cualquier ámbito.

La estructura de la ficha de información se desglosó en las siguientes categorías:

1. Datos identificativos.
 - 1.1. Institución a la que se encuentra vinculada la experiencia.
 - 1.2. Nombre o título que tenía esa buena práctica.
 - 1.3. Año académico la experiencia.
 - 1.4. Horas totales de la actividad en su conjunto (aprox.).
 - 1.5. Modalidad formativa en la que se desarrolló la buena práctica.
 - 1.6. Descriptores con los que se relaciona la buena práctica.
2. Definición de la buena práctica.
 - 2.1. Resume en unas líneas el contenido de la buena práctica.
 - 2.2. Señale los principales objetivos de la buena práctica.
3. Características de los estudiantes.
 - 3.1. Estudiantes por género en esa buena práctica: Número de hombres y mujeres que configuraban ese grupo específico.
 - 3.2. Media de edad de los estudiantes en ese grupo.
 - 3.3. Ocupaciones de los estudiantes en ese grupo (%).
 - 3.4. Nivel de estudios previo en ese grupo (%).
 - 3.5. Tipología de los estudiantes en ese grupo.
4. Intervinientes.
 - 4.1. Personas implicadas en la puesta en marcha de la buena práctica.
 - 4.2. Otras instituciones especialmente involucradas.
 - 4.3. Describa la influencia de otros implicados en este caso específico (p.e. administración Educativa / Instituciones privadas / Otras instituciones públicas).
5. Desarrollo de la BP.
 - 5.1. Por favor, describe cada una de las fases en las que se desarrolló la buena práctica (partes, tiempos, año académico, etc.).
 - 5.2. Describa brevemente la principal temática impartida en esa buena práctica.
 - 5.3. Las principales actividades prácticas desarrolladas fueron...
 - 5.4. La Buena práctica está relacionada con las siguientes competencias
 - 5.5. También se han trabajado las siguientes destrezas

- 5.6. Actitudes y valores desarrollados.
 - 5.7. Otras actitudes y valores desarrollados.
 - 5.8. Metodología usada.
 - 5.9. Espacios utilizados.
 - 5.10. Evaluación empleada.
 6. Dificultades encontradas en el desarrollo de esa buena práctica.
 7. Resuma la clave del éxito de esta actividad.
- Para cada uno de estos ítems se ofrecían opciones de respuesta cerrada y abierta.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en varias fases:

- Diseño de una ficha de recogida de información de la buena práctica.
- Definición de criterios para la selección de la buena práctica
- Aplicación on-line de la ficha de recogida de información.
- Selección de las buenas prácticas
- Análisis de las buenas prácticas recogidas desde una perspectiva cualitativa.

Análisis de datos

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos recogidos, recurriendo al análisis de contenido de la información aportada

Resultados

Se recibieron un total de 18 proyectos de los cuales fueron seleccionados por el comité de expertos un total de 15.

Si bien la documentación existente sobre estudios de buenas prácticas tiene como objetivo trasladar el contenido de la misma a la sociedad y que desde las diferentes disciplinas puedan estudiarse, en este caso presentamos un análisis descriptivo de las 15 buenas prácticas.

A continuación, se detallan algunos de los resultados encontrados en el análisis descriptivo de los datos. Para ello nos remitiremos a los diferentes apartados de la ficha diseñada para recoger la información y posteriormente emitiremos algunas conclusiones.

En primer lugar, se pide a los docentes que definan los descriptores con los que se relacionaba la buena práctica que estaban llevando a cabo. De las 15 prácticas el 45% van dirigidas al desarrollo intelectual y el 22% al desarrollo de las competencias básicas.

Gráfico 1. Descriptores con los que se relaciona la buena práctica



En cuanto a las temáticas abordadas encontramos una gran diversidad, desde temas de género, religión, ciencias, salud e historia a temas de astronomía, idiomas, finanzas, matemáticas, etc.

En todas las prácticas recogidas el objetivo fundamental era mejorar la autoestima de los estudiantes pero también y de forma simultánea, mejorar su integración social y el conocimiento de la disciplina trabajada.

Tabla 1. Objetivos de las buenas prácticas

Mejorar el conocimiento de una disciplina científica	22%
Mejorar la integración social	28%
Mejorar la autoestima de los estudiantes	50%

Otro dato importante a analizar era el porcentaje de estudiantes según el género. Y los datos hallados fueron que, en la mayor parte de las prácticas, las mujeres eran las protagonistas.

Tabla 2. Género

.60% Mujeres y 40% hombres	2
50% Mujeres y 50% Hombres	2
+70% Mujeres	9

En cuanto a la edad de los estudiantes el 50% se encuentran entre los 50-60 años y el otro 50% tienen más de 60 años. Fundamentalmente son jubilados y solo algunos (3) son profesionales en activo. El nivel de estudios previos es mayormente (9 prácticas) universitarios.

Cuando nos adentramos en el aspecto curricular de la experiencia podemos observar que las competencias desarrolladas están relacionadas con la capacidad de analizar conceptos y de aplicar el saber a la práctica. Por otra parte, las actitudes y valores desarrollados hacen referencia fundamentalmente a la apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.

Tabla 3. Competencias, Actitudes y valores

Competencias desarrolladas		Actitudes y valores desarrollados	
Capacidad de analizar conceptos	12	Apreciación de la diversidad y multiculturalidad	8
Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones	1	Compromiso ético	1
Capacidad de autoaprender	4	Liderazgo	3
Competencias básicas para utilizar las TIC		Motivación de logro	2
Competencias para aplicar el saber a la práctica	10	Preocupación por las cosas bien hechas	2
Competencia para la gestión de información	2	Toma de decisiones	1
		Compañerismo	1
		Protección hacia el patrimonio	1
		Interés por la ciencia	1
		Fomentar el aprendizaje continuo	1

En cuanto a las metodologías y actividades llevadas a cabo vemos que la lección magistral sigue siendo predominante en esta formación, aunque se utilizan estrategias desde la lección magistral muy interactivas y se introducen ejercicios prácticos de resolución de problemas y análisis de documentos videográficos.

Tabla 4. Metodologías y actividades

Metodologías	Actividades		
Lección magistral	12	Debates	1
Estudios de caso específicos	1	Lecturas y comentarios de textos e imágenes	1
Salidas de campo	2	Visitas y estudios de campo	3
Trabajo autónomo	1	Ejercicios prácticos, resolución de problemas y visionado de vídeos	5
Trabajo en pequeño grupo	2		

En cuanto a los espacios utilizados, en 9 de las prácticas se hace referencia a aulas pequeñas y 4 a aulas grandes, en dos casos se hace referencia a la “nube” y en un caso al uso de laboratorio.

En cuanto a la evaluación de los estudiantes, si bien está establecido en este tipo de programas de formación que es suficiente el 80% de asistencia para superar el curso, el profesorado señala que también llevan a cabo una evaluación continua.

Tabla 5. Evaluación

Evaluación continua	5
No existe	8
Asistencia	2

Otro de los datos importantes a reseñar en este análisis descriptivo son las dificultades señaladas por los docentes en su experiencia. Si bien hemos de constatar que en la mayoría de las experiencias se señala que no se han encontrado dificultades, algunas de las señaladas fueron las siguientes:

- Se da una buena comunicación alumnado-profesorado en el aula y fuera del aula.
- Por el interés suscitado hacia el tema de estudio
- Por la implicación del alumnado
- Porque se mantiene en el tiempo

Discusión/Conclusiones

El análisis descriptivo llevado a cabo sobre las buenas prácticas existentes en el PUMUO nos permite extraer las siguientes conclusiones:

- El análisis de las buenas prácticas en educación permite extraer conclusiones generales a modo de tendencias y pautas a seguir por las instituciones.
- Los Programas Universitarios para Mayores contribuyen a la mejorar de la calidad de vida de las personas que envejecen, optimizan su salud, participación y seguridad (OMS, 2002).
- Las buenas prácticas en los Programas Universitarios para Mayores se configuran como caminos de actuación consolidados. Estas se caracterizan por la mejora en el desarrollo intelectual y la autoestima de las personas, en tanto participantes activos en una formación universitaria en un momento de la vida donde la jubilación es un momento intelectualmente productivo. Los datos nos indican que son las mujeres, los agentes más implicados y que la formación previa universitaria ayuda a buscar este nuevo contexto de desarrollo. El aprendizaje a lo largo de la vida supone la posibilidad de analizar nuevos conceptos que se desconocían y de hacerlo con una intencionalidad práctica. Se destaca igualmente, que este tipo de formación, favorece el reconocimiento del valor de la diversidad y la multiculturalidad. En las metodologías, los estudiantes prefieren estrategias en las que ellos puedan dar su opinión y poner en práctica aquello que han aprendido, por tanto, la interacción, el análisis de documentos videográficos y la resolución de problemas, casos o situaciones son las más adecuadas en este tipo de formación.

Referencias

- Agudo, S., Pascual, A., y Fombona, J. (2012). El uso de las herramientas digital entre las personas mayores. *Revista Comunicar*, 39(20), 194.
- Braslavsky, C., Abdoulaye, A., y Patiño, M.I., (2003). *Development curriculaire et “bonne pratique” en éducation*. UNESCO: BIE, Serie de Documents du BIE-2.
- Coffield, F., y Edward, Sh. (2009). Rolling out “good”, “best” and “excellent” practice. What next? Perfect Practice? *British Educational Research Journal*, 35(3), 371-390.
- De-Pablos, J., y González, T. (2007). *Políticas educativas e innovación educativa apoyada en TIC: sus desarrollos en el ámbito autonómico*. Comunicación presentada a las II Jornadas Internacionales sobre políticas educativas para la sociedad del conocimiento. Granada, 7-9 de marzo. Disponible en: http://www.juntadeandaluía.es/averroes/jornadas_internacionales/.

Fernández, A., García, J.L., y Pérez, G. (2014). Los Programas Universitarios de Mayores y su contribución al aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, 25(2), 521-540.

IMSERSO (2011). *Envejecimiento activo. Libro Blanco*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Ed. OMS, consultado el 23 de mayo de 2017. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50295>

Programa Universitario para mayores de la Universidad de Oviedo. Consultado el 20 de setiembre de 2017 en <http://www.uniovi.es/estudios/pumuo>

Resolución de 20 de junio de 2017, del Rectorado de la Universidad de Oviedo, por la que se establece la normativa reguladora del programa para mayores (PUMUO) en el curso 2017-2018 (BOPA 7/7/2017).

Save the Children (Solla, C.) (2013). *Guía de Buenas Prácticas en Educación Inclusiva*. Madrid. Save the Children.

UNESCO. *Programa MOST*, consultado el 22 de setiembre de 2017 en <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/most-programme/>.

CAPÍTULO 49

Revisión sobre el maltrato infantil por poderes

Isabel María Uroz Martin, Gloria González Moreno, y Belén Espinosa Alcocer
Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Introducción

El presente estudio informa del Síndrome de Munchausen por poderes (SMP), que hasta hace poco no estaba considerado como un diagnóstico diferencial, en la búsqueda etiológica de enfermedades raras en niños, teniendo en cuenta que es un síndrome que afecta a su desarrollo emocional y cognitivo (Bernal, 2012).

Este síndrome se debe a Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen, un barón del siglo XVIII que se hizo conocido por sus largas historias acerca de sus aburridas hazañas (Güinode, 2016) inventando y exagerándolas, por este motivo se sugirió este nombre para denominar la enfermedad de algunos pacientes que inventan y exageran sus enfermedades. (Delgado, 1997; Espinosa, Figueiras, Mendilahaxón, y Espinosa, 2000).

A lo largo de nuestros años, el trato hacia los niños ha ido cambiando, dependiendo de las características sociales y culturales de cada época. Los niños son el futuro de la sociedad. Por este motivo, algunos comportamientos tienen una legalidad social, permitiendo algún tipo de maltrato infantil, con la finalidad de conseguir hacer de su hijo una “buena persona” (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003).

Podemos definir el maltrato infantil como aquel constituido no solo por los golpes o signos visibles en los niños, sino también por negligencia, descuido, falta de afecto, imposibilidad de proteger y cualquier tipo de atrocidad que puedan producir en el niño. (Mejía, 1992). Podemos clasificarlo en dos tipos diferentes, por acción y por omisión. El síndrome de Munchausen por poderes tiene que ver con la acción, por ejemplo, provocar una enfermedad al niño, o por omisión, como puede ser la ocultación de información al personal sanitario aun conociendo las consecuencias que esto puede ocasionar al niño. Una variante de maltrato es el Síndrome de Munchausen by proxy, en la que la persona afectada por la enfermedad le induce los síntomas a otra (Gomes, Germano, Kegler, y Medeiros, 2014)

En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) se describe el SMP como “Trastorno ficticio no especificado”, siendo imposible clasificarlo dentro de las categorías específicas de los trastornos ficticios. En el SMP, uno de los padres, en la mayoría de los casos, la madre, inventa y provoca síntomas clínicos en su hijo hasta convertirlo en un enfermo, de modo que acude al hospital en repetidas ocasiones (Jiménez, López, Crespo, Muñoz, y López-Ibor, 2016). Estos síntomas son “fingidos” debido a que no responden a un malestar natural del cuerpo por que el niño no está verdaderamente enfermo, sino que son producidos por la actuación de un adulto para provocarlos (Rand y Feldman, 1999).

Delgado (1997) diferencia entre “simulación” de signos, en el que se alteran las muestras sin modificar el organismo del niño, y la “producción” de signos, en la que el adulto interviene sobre el organismo del niño, administrándole sustancias, provocándole una alteración orgánica causándole la enfermedad.

Rodríguez, Gómez y Mesa, (2003) hacen diferencia entre el síndrome de Munchausen y el síndrome de Munchausen por poderes, en el primer caso se produce en un adulto donde el mismo se provoca los síntomas y signos falsificando sus enfermedades, y en el segundo caso, el adulto provoca de manera intencionada una alteración en el organismo del menor que está bajo su cuidado, produciéndole una enfermedad, considerándose un tipo de maltrato infantil.

Delgado (1997) describe algunas causas por las que se podría explicar el comportamiento de estas personas, como pueden ser: la necesidad de ser el centro de atención e interés, la enemistad con el personal sanitario, el consumo de drogas, la intención de escapar de la policía, obtener alojamiento y comida gratis, trastornos de la personalidad como los psicópatas, esquizofrénicos o masoquistas, etc. Es fundamental tener en cuenta las implicaciones de tipo psicológico y físico que influyen en el SMP.

El objetivo principal de este estudio es describir las características del síndrome de Munchausen por poderes.

Metodología

Bases de datos

Para realizar este estudio, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema. Las bases consultadas fueron: Lilacs, BVS, Scielo y Pubmed, además se llevó a cabo la consulta de páginas web como google académico.

Descriptores

Los descriptores utilizados fueron: “Síndrome de Munchausen”, “síndrome por poderes”, “maltrato infantil”, “enfermedad mental”, “familiares discapacitados”.

Fórmulas de búsqueda

La fórmula de búsqueda introducida ha sido Síndrome de Munchausen AND Enfermedad mental AND Familiares discapacitados AND Síndrome por poderes. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en inglés y español) y periodo temporal de los últimos 15 años.

Del total de referencias encontradas en la bibliografía consultada tras la búsqueda, fueron seleccionadas 6 para un análisis en profundidad. Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Estudios que analicen el Síndrome de Munchausen por poderes.
- 2) Con acceso al texto completo.
- 3) Escritos en inglés o español.

Resultados

Tras el examen de la literatura consultada, a continuación se describen las características del síndrome de Munchausen por poderes, no habiendo encontrado diferencias significativas entre los diferentes autores.

El síndrome se fundamenta en que un adulto (normalmente la madre) hace creer al personal sanitario que su hijo está enfermo, llevándolo al hospital en repetidas ocasiones para que le realicen pruebas o procedimientos terapéuticos, sin embargo realmente no es así, si no que es ella misma quien le provoca la enfermedad o finge los síntomas, perjudicando su salud con tratamientos o cirugías innecesarias (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003; Gomes, Germano, Kegler, y Medeiros, 2014; Landa, Alvites, y Forte, 2014; Bernal, 2015; Pavez, Villanueva, Meddleton, Cebo, y Papuzinski, 2016; Jiménez, López, Hervás, Muñoz, y López-Ibor, 2016).

Las manifestaciones clínicas que se pueden encontrar en este síndrome son múltiples e inespecíficas, pudiendo afectar cualquier sistema u órgano, dependiendo de los actos del perpetrador que variara en cada caso (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003; Pavez, Villanueva, Meddleton, Cevo, y Papuzinski, 2016).

Entre las manifestaciones clínicas más comunes podemos encontrar manifestaciones digestivas, abdominales, hemorrágicas, neurológicas, nefrourológicas y cutáneas. No obstante, en este síndrome se abarca cualquier cuadro simulado, como puede ser fiebre prolongada, síndrome de inmunodeficiencia, fibrosis quística de páncreas, epilepsia, crisis de apnea, sepsis recidivantes polimicrobianas, glucosurias, caos bioquímico, síndromes de malformación, hipoglucemia, intoxicaciones, etc. Además en su estudio, indican algunas condiciones físicas que pueden indicar la presencia de este síndrome, como son:

alteraciones hematológicas, crisis convulsivas, depresión del sistema nervioso central, apneas, diarrea y vómito, malestar general, fiebre y exantema inespecífico, sin una causa demostrable (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003; Gomes, German, Kegles, y Medeiros, 2014).

Criterios necesarios para realizar su diagnóstico: Falsificación de síntomas o fabricación de enfermedades y daños en los propios hijos, siempre que sea posible su demostración; El perpetrador presenta a la víctima ante los demás como enfermo; La presencia de engaños es evidente; El cuadro clínico no se puede explicar por medio de otro trastorno pediátrico o psiquiátrico (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003; Gomes, Germano, Kegler, y Medeiros, 2014; Landa, Alvites, y Forte, 2014; Pavez, Villanueva, Meddleton, Cebo, y Papuzinski, 2016; Jiménez, López, Hervás, Muñoz, y López-Ibor, 2016).

Señales de alarma que hacen sospechar de la presencia de SMP: La enfermedad es generalmente multisistémica, prolongada, recurrente, e inexplicable; Los síntomas son incongruentes y no tienen sentido Clínico; Los resultados de exámenes no conciben con la situación del niño; Los síntomas y signos no están presentes en ausencia de los padres; Uno de los padres está muy unido al niño, generalmente la madre, y el otro, está ausente durante la hospitalización; Los padres muestran gran preocupación por los sentimientos del personal médico, madre “colega”; Los tratamientos indicados son poco tolerados, por ejemplo los vendajes y las vías venosas fallan; Las convulsiones se dan sin testigos y no responden a tratamiento anticonvulsivante; Madre indiferente al pronóstico; Enfermedad similar en los hermanos o madre; Antecedentes familiares de muertes inexplicables (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003; Gomes, Germano, Kegler, y Medeiros, 2014; Landa, Alvites, y Forte, 2014; Pavez, Villanueva, Meddleton, Cebo, y Papuzinski, 2016; Jiménez, López, Hervás, Muñoz, y López-Ibor, 2016).

Procedimientos a seguir para confirmar la sospecha de SMP: Estudiar la historia del niño con la finalidad de determinar que síntomas son reales y cuáles son fabricados; Buscar relación temporal entre la presencia de la madre y los eventos de la enfermedad; Contrarrestar la historia personal, familiar y social que la madre ha narrado; Contactar con otros miembros de la familia que nos puedan ofrecer información adicional; Contactar con el médico de la madre para detectar un posible SM o enfermedades inexplicadas; Contactar con el laboratorio del hospital para avisar que estén atentos a las muestras de los niños para futuros seguimientos; Monitorizar con cámaras de vigilancia, a ser posible, el contacto entre madre e hijo; revisar en las posesiones de la madre para encontrar venenos o sustancias que puedan ser las causantes de la enfermedad; Separar a la madre durante un periodo de tiempo suficiente como para comprobar si se produce una mejoría en la salud del niño al separarlo de la misma, este último paso es el más significativo pues puede resultar relevante en la detección de este síndrome (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2013).

Consecuencias del SMP: Físicas, como pueden ser cambios óseos destructivos, retardo mental, nefritis inmunomediada, degeneración del riñón por atrofia, complicaciones posteriores a cirugías, debilitamiento, ceguera cortical,... pudiendo llegar incluso la muerte del niño; Psicológicas, se han dado casos reportados de miedos, trastornos del sueño, ansiedad intensa, estrés postraumático, depresión, comportamiento hiperactivo, desorden de la personalidad, déficit de atención, ... y alteración de las relaciones sociales. El mayor de los riesgos es que el niño en su etapa adulta se convierta en futuro victimario, perpetuándose de esta manera el SMP (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2013; Landa, Alvites, y Fortes, 2014).

Discusión/Conclusiones

El análisis de los resultados permitió la descripción de las características del Síndrome de Munchausen por poderes.

Basándonos en la revisión bibliográfica, podemos concluir diciendo que estas características no son rígidas para diagnosticar el SMP, no obstante, son una guía útil para poner en alerta al personal sanitario

de la sospecha de este síndrome y poder realizar su diagnóstico, habiendo descartado previamente una patología real.

En el síndrome de Munchausen por poderes, el cuidador produce intencionadamente una exageración de signos y/o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que está bajo su cuidado, siendo normalmente niños, sin tener en cuenta que estos pueden llegar a precisar técnicas invasivas que incluso pueden hacer peligrar su vida, por lo tanto es considerado un tipo de abuso infantil (Rodríguez, Gómez, y Mesa, 2003; Gomes, Germano, Kegler, y Medeiros, 2014).

Es fundamental realizar una evaluación multidisciplinar para su diagnóstico, teniendo en cuenta la historia familiar y social, por las consecuencias médico-legales que pueda derivar, además es imprescindible difundir una mayor conciencia de este síndrome entre el personal sanitario debido al potencial mortal que presenta. (Landa, Alvites, y Fortes, 2014; Gomes, Germano, Kegler, y Medeiros, 2014). Por lo tanto, resulta evidente la necesidad de proteger a los niños de las consecuencias del Síndrome de Munchausen por Poderes.

El personal médico deberá buscar y resolver este tipo de maltrato, para proteger a la población pediátrica vulnerable, teniendo una precaución especial de no realizar acusaciones falsas y siendo objetivo en el diagnóstico de un posible caso de Síndrome de Munchausen por poderes.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bernal, A.D.P. (2015). Pensamiento Munchausen: ¿el barón por poderes? *Unaciencia*, 9.
- Delgado, A. (1997). *Síndrome de Münchhausen por poderes niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Espinosa, A.D., Figueiras, B., Mendilahaxón, J.B., y Espinosa, A.A. (2000). Síndrome de Munchausen: un reto para el clínico. *Revista Cubana de Medicina*, 39(4), 228-237.
- Gomes, T., Germano, M.E., Kegler, P., y Medeiros, M. (2014). Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(1), 139-156.
- Güidone, S., y María, V. (2016). *Síndrome de Münchhausen por poder: Proyecto de capacitación a profesionales de la Salud Mental, en favor de su prevención* (Doctoral dissertation).
- Jiménez, J.L., López, M., Hervás, C., Muñoz, A., y López-Ibor, J.J. (2016). El síndrome de Munchausen por poderes: un tipo especial de abuso infantil. *Revista Española de Pediatría*, 72(1), 33-45.
- Mejía, S. (1992). *Situación de los niños maltratados. El drama de la niñez maltratada en Colombia*. Santafé de Bogotá: Guadalupe.
- Pavez, M., Villanueva, M., Middleton, F., Cevo, J., y Papuzinski, C. (2016). Síndrome de Münchhausen por poder en otorrinolaringología. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(2), 231-235.
- Rand, D.C., y Feldman, M.D. (1999). Diagnóstico erróneo del síndrome de Munchausen por poder: una revisión de la literatura y cuatro casos nuevos. *Harvard Rev Psychiatry*, 7, 94-101.
- Rodríguez, L.A., Gómez, M., y Mesa, A.D.P. (2003). Estado del arte sobre el síndrome de Münchhausen por poderes. *Universitas Psychologica*, 2(2).

CAPÍTULO 50

Educación para la salud a través del visible thinking

Manuel Cañas Encinas, Ruth Pinedo González, y Noelia García Martín
Universidad de Valladolid

Introducción

La falta de comportamientos que promuevan un estilo de vida saludable en la población es un hecho en el S. XXI. A pesar de las innumerables campañas de diferentes instituciones para erradicar estas conductas, la ausencia de concienciación por parte de la población ha llevado, por ejemplo, a que la obesidad se multiplique por diez en la población joven en los últimos cuatro decenios (OMS, 2017), a que entre el 60%-90% de los escolares presente caries dentales (OMS, 2012) o que más del 80% de la población adolescente del mundo no tenga un nivel suficiente de actividad física (OMS, 2017). Frente a esto, la Educación para la salud (EpS) desempeña un papel crucial puesto que fomenta procesos y estrategias de aprendizaje que influyen positivamente en la misma. Fernández, Rebolledo y Velandia (2006) consideran que:

La EpS no debe consistir únicamente en ofrecer información sobre los fundamentos científicos de los problemas de salud, o sobre el peligro de ciertas conductas, sino en fomentar actitudes críticas, autónomas y solidarias que permitan analizar los problemas, acceder a la información adecuada, reflexionar sobre los valores que lleva implícitamente cada acción, asumir responsabilidades y aprender a tomar decisiones” (p.24).

Para hacer a las personas responsables de su salud y capacitarlas para actuar sobre los determinantes de la misma, es imprescindible la actuación sobre los factores de riesgo y la promoción de la salud. Por ello, esta especialización tiene como objetivos que el individuo: (1) sea capaz de definir sus propios problemas y necesidades, (2) comprenda lo que puede hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos y apoyos externos, y (3) promueva las acciones más apropiadas para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad (Rosa, Olivares-Olivares y Olivares, 2012).

La necesidad de trabajar estos contenidos en el contexto escolar viene justificada dentro de los fines que la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa establece. En concreto, se menciona que se deberán desarrollar hábitos de vida saludable y la promoción del ejercicio físico y el deporte (consideración h). En esa misma línea, en el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria, se menciona que uno de los objetivos de esta etapa será valorar la higiene y la salud (consideración k). Más específicamente, dentro del Bloque II de la asignatura de Ciencias de la Naturaleza, *El ser humano y la salud*, se incluye el tratamiento de la EpS. Estos contenidos se engloban dentro de las competencias básicas en ciencia y tecnología y las competencias sociales y cívicas de dicha normativa.

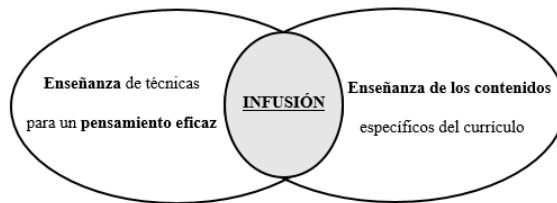
Entonces, ¿cómo introducir la EpS en el aula? Tal y como mencionan Swartz, Costa, Beyer, Reagan y Kallick (2017), “todos queremos que nuestros alumnos aprendan nutrición para que comprendan qué es la buena alimentación, y queremos que esto le influya a la hora de saber lo que comen y lo que no. Esto no se consigue memorizando; integrando pensamiento eficaz y contenido de asignaturas, sí” (p.43). El aprendizaje basado en el pensamiento como enfoque metodológico dirigido a fomentar un pensamiento crítico y un aprendizaje profundo contribuye significativamente a la necesidad de dar uso a los conocimientos que adquieren los estudiantes en la escuela (Perkins, 2008).

El *Visible Thinking* dota al alumnado de estrategias que estructuran su pensamiento. “Esta visualización del pensamiento se refiere a cualquier tipo de representación observable que documente y

apoye el desarrollo de las ideas, preguntas, razones y reflexiones en desarrollo de un individuo o grupo” (Tishman y Palmer, 2005, p.2). La acción de involucrarse activamente en un tema se favorece al pedirles que piensen más allá de los hechos que conocen: haciéndose preguntas, aprovechando conocimientos previos, examinando la veracidad de sus ideas y conectando de manera visible el conocimiento viejo con el nuevo (Tishman y Palmer, 2005). Esto hace que el *Visible Thinking* cree disposiciones hacia la curiosidad, la comprensión y la creatividad, por lo que no se centra únicamente en las destrezas de pensamiento, sino en las oportunidades para usar el pensamiento (Salmon, 2015), es decir, permite al alumnado aprender a aprender.

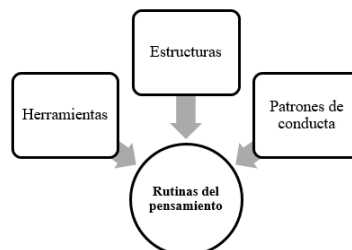
Pero ¿es posible enseñar a pensar en el aula a la vez que se aprenden los diferentes contenidos? Swartz et al. (2017) consideran que “enseñar correctamente a pensar de manera eficaz debería hacerse mientras se enseña la materia y no aparte de enseñarla” (p.39), lo que conecta con la idea de Perkins (2008) al establecer que el aprendizaje es resultado del pensamiento. La técnica basada en hacer del currículo con los contenidos básicos el contexto en el que enseñar a pensar con eficacia es lo que se conoce como *infusión*. Tomar conciencia de los procesos que nos llevan a la comprensión y el aprendizaje es imprescindible para fomentar la cultura del pensamiento en el aula y desarrollar un aprendizaje para toda la vida (Swartz et al., 2017).

Figura 1. Concepto de infusión



Las *rutinas del pensamiento* como “procedimientos sencillos que ofrecen un marco para enfocar la atención en movimientos específicos de pensamiento que ayudan a construir la comprensión” (Ritchhart et al., 2011), son una de las ocho fuerzas culturales que el docente ha de tener presente en el desarrollo de la cultura del pensamiento en su aula. A estas rutinas se las puede contemplar desde tres perspectivas (Ritchhart et al., 2011): (a) como herramientas, puesto que cada una de las rutinas promueven y permiten apoyar en ellas diferentes tipos de pensamiento que favorecen la comprensión; (b) como estructuras, por el hecho de que se encuentran diseñadas para estructurar el pensamiento de manera que permita una progresión natural de este y (c) como patrones de comportamiento, debido a la creación de un contexto que promueve las disposiciones intelectuales que se buscan en el alumnado. A su vez, pueden clasificarse atendiendo a sus objetivos: (a) presentar y explorar, (b) sintetizar y organizar, (c) profundizar.

Figura 2. Concepciones de las rutinas del pensamiento



En la *Tabla 1* se establece cómo la aplicación de las rutinas del pensamiento en el aula se relaciona con las características fundamentales que debe reunir el currículo de la EpS (Rosa, Olivares-Olivares, y Olivares, 2012).

Tabla 1. Rutinas del pensamiento y EpS

Características de la EpS	Aportaciones de las rutinas del pensamiento
1. Orientación hacia la promoción de la salud	Las rutinas del pensamiento integran tanto el propio contenido de la EpS como el trabajo del pensamiento (infusión), lo que conlleva a que el alumnado sea más metacognitivo en lo relativo a la EpS.
2. Planteamiento educativo integral	La adquisición de conocimientos progresivos, estructurados y funcionales actúa sobre las emociones del alumnado generando así cambios cognitivos-conductuales.
3. Estructura en espiral	Esta característica se relaciona con la propia complejidad ascendente de las rutinas del pensamiento (progresión natural). Esta estructuración hace que el alumnado integre progresivamente en su estructura cognitiva esta secuenciación y se convierta en una práctica rutinaria.
4. Enfoque metodológico para el aprendizaje activo y significativo.	El Visible Thinking a través de las rutinas del pensamiento involucra activamente en el aprendizaje al alumnado al posibilitar la comprensión profunda del contenido.
5. Currículo contextualizado	La flexibilidad y el carácter neutral y sin contenido de las rutinas del pensamiento pueden facilitar la adaptación del currículo al contexto.

Esta relación refleja que el trabajo de los diferentes contenidos de la EpS a través de las rutinas del pensamiento se convierte en un marco idóneo. Todo esto hace que se planteen diferentes actividades encaminadas a explorar cómo a través de estas estrategias que favorecen diferentes movimientos del pensamiento se puede ayudar a visibilizar y corregir las creencias que el alumnado tiene sobre su salud.

Metodología

Instrumentos

Para vertebrar esta propuesta didáctica se ha partido del siguiente marco legal:

- a) Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- b) Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.
- c) Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.
- d) Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato.

En segundo lugar, se ha tomado como referencia la clasificación de las rutinas del pensamiento que ofrecen Ritchhart, Church y Morrison (2011). Se han diseñado actividades que siguen dicha secuencia para asegurar que los alumnos interioricen como patrones de comportamiento los contenidos de EpS objeto del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Procedimiento

Se trata de una propuesta educativa dirigida a estudiantes de Educación Primaria. Los contenidos que se trabajan en la misma han sido extraídos del Real Decreto 126/2014.

Primeramente, se ha realizado un análisis exhaustivo del tratamiento que recibe la EpS en la legislación educativa española. Consecuentemente, del currículo básico de Educación Primaria se han extraído los contenidos correspondientes a la EpS. A su vez, se han extraído las competencias clave que ofrecen un tratamiento de la EpS con el objetivo de contribuir a su desarrollo en la secuencia de actividades. De este modo, pretendemos trabajar desde los contenidos conceptuales hasta los procedimentales y actitudinales que asegurarán la correcta interiorización de los fundamentos de la EpS en la infancia.

Seguidamente, se han incluido, en el trasfondo pedagógico que vertebra la secuencia didáctica y, más en concreto, en la metodología utilizada, los elementos clave de la teoría del *Visible Thinking* o *Pensamiento Visible*. Se ha usado para ello la ya mencionada clasificación que Ritchhart, Church y Morrison (2011). Todo ello teniendo en cuenta que estos ejercicios de pensamiento ayudarán a que el alumnado interiorice la información relativa a la EpS como un procedimiento y un proceso, pero sobre todo como un patrón de acción.

Resultados

La secuencia didáctica que se ha diseñado consta de cuatro actividades formativas y una de evaluación, contextualizadas en el área de Ciencias de la Naturaleza. Los contenidos seleccionados se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2. Contenidos trabajados en la propuesta, pertenecientes al Real Decreto 126/2014

Bloque 2. El ser humano y la salud		
Contenidos	Criterios de evaluación	Estándares de aprendizaje evaluables
Principales enfermedades que afectan a los aparatos y sistemas del organismo humano.	1. Identificar y localizar los principales órganos implicados en la realización de las funciones vitales del cuerpo humano, estableciendo algunas relaciones fundamentales entre ellas y determinados hábitos de salud.	1.1. Identifica y localiza los principales órganos implicados en la realización de las funciones vitales del cuerpo humano.
		3.1. Reconoce estilos de vida saludables y sus efectos sobre el cuidado y mantenimiento de los diferentes órganos y aparatos.
Hábitos saludables para prevenir enfermedades La conducta responsable.	3. Relacionar determinadas prácticas de vida con el adecuado funcionamiento del cuerpo, adoptando estilos de vida saludables, sabiendo las repercusiones para la salud de su modo de vida.	3.2. Identifica y valora hábitos saludables para prevenir enfermedades y mantiene una conducta responsable.
		3.3. Identifica y adopta hábitos de higiene, cuidado y descanso.
		3.4. Conoce y explica los principios de las dietas equilibradas, identificando las prácticas saludables para prevenir y detectar los riesgos para la salud.

La metodología en todas las sesiones está basada en el paradigma constructivista del aprendizaje. De este modo, se utilizarán diferentes metodologías activas, siendo la principal el aprendizaje basado en el pensamiento.

Para atender a la diversidad del alumnado, se plantea la posibilidad de utilizar grupos heterogéneos de trabajo para que las dificultades se vean compensadas al ayudarse entre iguales.

En cada una de las actividades que se proponen a continuación se especificarán los objetivos, el contenido concreto con su criterio de evaluación y estándar de aprendizaje evaluable, los recursos necesarios y pautas para la evaluación de la misma.

Para evaluar en su conjunto los aprendizajes surgidos se propone la elaboración de una rutina de pensamiento tras llevar a cabo las actividades y pasado un tiempo, pudiendo saber así si el alumnado ha interiorizado correctamente los hábitos de vida saludables trabajado.

Actividad 1: ¡No infectes mis órganos con tus virus!

Objetivos: (a) introducir la temática de la EpS de una forma estimulante; (b) fomentar el desarrollo de las funciones ejecutivas cerebrales a través del juego de mesa y relacionar los contenidos con su experiencia en el juego; (c) establecer de forma visible un código para cada uno de los aparatos dados.

Contenido: principales enfermedades que afectan a los aparatos y sistemas del organismo humano.

Desarrollo de la actividad: se comenzará el tratamiento de la educación a la salud sorprendiendo a los alumnos con un juego educativo llamado *Virus*. Se trata de un juego de cartas de *Tranjis Games* que se encuentra dentro de un *Programa de neuroestimulación de las funciones ejecutivas a través del juego de mesa*. Se dividirá la clase en 4 grupos heterogéneos para jugar un número aproximado de 2 partidas de

un tiempo aproximado de 5 minutos cada una. El juego consiste en conservar sanos los 4 órganos (cerebro, huesos, estómago y corazón) ante los ataques de diferentes virus y que han de ser combatidos con medicamentos. De esta manera, en el transcurso del juego. Los alumnos identificarán el principal órgano del sistema nervioso y de los aparatos locomotor, digestivo y circulatorio de una forma lúdica. Tras esto, cada grupo de alumnos deberá dibujar o bien uno de los 4 órganos del juego o el cuerpo completo imitando las cartas del juego mostradas en la figura 3.

Con estos dibujos se formará un gran mural que contenga la rutina de pensamiento *Las partes y el todo*. Esta rutina servirá para que los alumnos interioricen de forma visual que los diferentes aparatos del forman en su conjunto el cuerpo y que todos son necesarios para su funcionamiento. Durante el transcurso de la rutina, se explicarán los contenidos de carácter conceptual que se irán ampliando y conectando significativa y visualmente con los aprendizajes previos del alumnado. Se deberá explicar cómo los virus afectan a nuestro organismo y se deberán nombrar enfermedades provocadas por ellos. En este punto se pueden incluir las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como instrumento de búsqueda, incluyendo así la competencia digital. El organizador gráfico de la rutina puede observarse también en la figura 1.

Figura 3. Juego del Virus y organizador gráfico de la rutina de pensamiento Las partes y el todo



Esta actividad incluye variantes. Se pueden fabricar las cartas en el aula o incluso solamente realizarse la actividad a partir del dibujo de las diferentes partes del cuerpo y proseguir con la realización de la rutina y la reflexión correspondiente. También se puede realizar la rutina en pequeños grupos o de forma individual.

Evaluación: se evaluarán las aportaciones en el debate que cada estudiante realice según el criterio de evaluación “identificar y localizar los principales órganos implicados en los aparatos del cuerpo humano (sistema nervioso, aparato locomotor, digestivo y circulatorio), estableciendo algunas relaciones fundamentales entre ellos y determinados hábitos de salud”. Además, se podrá concretar utilizando el estándar de aprendizaje evaluable “identifica y localiza los principales órganos del sistema nervioso y de los aparatos locomotor, digestivo y circulatorio, estableciendo algunas relaciones fundamentales entre ellos y determinados hábitos de salud”.

Actividad 2: Y... ¿Cómo hacemos para que los virus no entren en nuestro cuerpo?

Objetivos: (a) experimentar a través de elementos cotidianos cómo los virus y bacterias actúan sobre la materia orgánica; (b) interiorizar hábitos de vida saludables tan básicos como la importancia de lavarse las manos; (c) seguir del método científico.

Contenidos: (a) hábitos saludables para prevenir enfermedades y (b) la conducta responsable.

Desarrollo de la actividad: en esta actividad se realizará un experimento para el que necesitaremos 3 rebanadas de pan de molde y tres bolsas herméticas. El experimento consiste en introducir una rebanada

en cada una de las bolsas herméticas tras haberlas tocado previamente con las manos sucias, con las manos debidamente lavadas y utilizar una como control en el experimento. Para comenzar la actividad se les explicará a los alumnos las fases del experimento y se les invitará a que, de forma individual, formulen hipótesis sobre el resultado del experimento en su cuaderno. Cuando los alumnos tengan que lavarse las manos para tocar el pan se darán pautas concretas para hacerlo de forma eficiente, tal y como se muestra en la figura 4.

Durante el transcurso de los días se deberán ir anotando los cambios que están sufriendo las 3 rebanadas de pan comparándolas entre sí. Cuando nuestras rebanadas tengan el aspecto que se muestra en la figura 2, se deberá completar la rutina de pensamiento *Antes pensaba, ahora pienso*. En la parte de antes pensaba deberán plasmar las hipótesis que escribieron al inicio del experimento y también las ideas previas que les surgieron. En la parte de ahora pienso deberán reflexionar sobre cómo su pensamiento ha cambiado tras el experimento, siendo vital que plasmen la importancia del lavado de manos en el mismo.

Figura 4. Imágenes del experimento, instrucciones para el lavado de manos y rutina de pensamiento Antes pensaba...



Evaluación: la actividad se evaluará mediante la rutina de pensamiento siguiendo el siguiente criterio de evaluación: “relacionar determinadas prácticas de vida con el adecuado funcionamiento del cuerpo, adoptando estilos de vida saludables, sabiendo las repercusiones para la salud de su modo de vida”. Asimismo, podrá concretarse con los siguientes estándares de aprendizaje evaluables: (a) “identifica y valora hábitos saludables para prevenir enfermedades y mantiene una conducta responsable”; (b) “identifica y adopta hábitos de higiene y cuidado”.

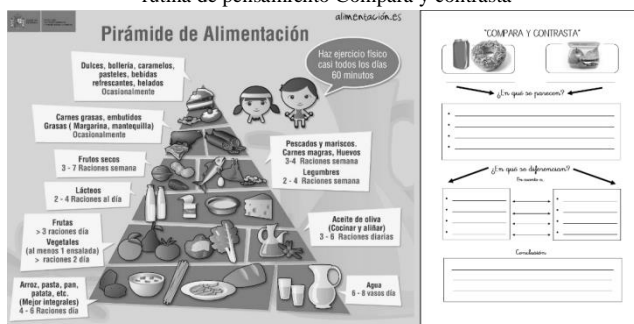
Actividad 3: ¿Qué tenemos de merienda?

Objetivos: (a) identificar alimentos saludables y no saludables; (b) interiorizar hábitos de vida saludables.

Contenido: hábitos saludables para prevenir enfermedades.

Desarrollo de la actividad: se invitará a los alumnos a que saquen los almuerzos que han traído para el recreo encima de la mesa para analizar si verdaderamente son saludables. La actividad se ha de hacer por parejas o en pequeños grupos heterogéneos de trabajo para que puedan compartir los alimentos y compararlos entre sí. Se les dará como referencia una pirámide alimentaria y el ordenador gráfico de la rutina de pensamiento *Compara y contrasta*, ambos recogidos en la figura 5.

Figura 5. Pirámide alimentaria extraída del Ministerio de Educación Cultura y Deporte y organizador gráfico de la rutina de pensamiento *Compara y contrasta*



Tras el análisis de los alimentos, los alumnos deberán poner en común en el gran grupo sus conclusiones, formando entre todos, un decálogo sobre un buen desayuno escolar que, a partir de ese día, deberán cumplir.

Esta actividad admite variaciones como, por ejemplo, que el docente sea quien lleve los alimentos para compararlos o utilizar imágenes impresas de los mismos.

Evaluación: se evaluarán las rutinas de pensamiento, así como las reflexiones y explicaciones durante la exposición a todo el grupo clase con el siguiente criterio de evaluación: comparar los dos tipos de meriendas escolares escogiendo el más adecuado para seguir un estilo de vida saludable, conociendo las repercusiones para la salud de su modo de vida. Asimismo, podrá concretarse más la evaluación utilizando el estándar de aprendizaje evaluable que nos da la legislación: “conoce y explica los principios de las dietas equilibradas, identificando las prácticas saludables para prevenir y detectar los riesgos para la salud”.

Actividad 4: Después de comer... ¡Hay que lavarse los dientes!

Objetivos: (a) concienciar sobre la importancia de la higiene bucal; (b) reflexionar sobre las conductas que adoptan en cuanto a su higiene bucal y desarrollar soluciones.

Contenidos: (a) hábitos saludables para prevenir enfermedades; (b) la conducta responsable.

Desarrollo de la actividad: esta actividad consistirá en la comprensión e interiorización de cómo se producen las caries en nuestros dientes. Para ello, en primer lugar, visionarán un vídeo de la mítica colección de *Érase una vez el cuerpo humano*, titulado *Érase una vez las caries*, disponible en *Youtube*. El vídeo se verá en dos partes, primeramente, los alumnos verán hasta la visita al dentista del protagonista (minuto 6). Posteriormente realizarán la rutina de pensamiento *Problema-Solución* poniéndose en la piel del niño del vídeo y buscando soluciones positivas a su problema dental. Tanto el organizador gráfico como la temática del vídeo pueden observarse en la figura 6. Tras realizar la rutina de pensamiento se compararán las respuestas del alumnado. La dinámica puede hacerse debatiendo en grupos cooperativos de trabajo la calidad de las soluciones individuales expuestas, calificándolas mediante unos emoticonos. Después deberán transmitir las conclusiones de los grupos cooperativos al resto de la clase.

Tras la realización de la rutina de pensamiento y el debate exponiendo las soluciones, los estudiantes terminarán de ver el vídeo comprobando si las soluciones que han aportado ellos son iguales a las que da el vídeo o son una alternativa también válida para curar las caries del niño protagonista.

Figura 6. Organizador gráfico de la rutina de pensamiento Problema-solución e imágenes sobre el vídeo propuesto, “Érase una vez la vida de las caries”

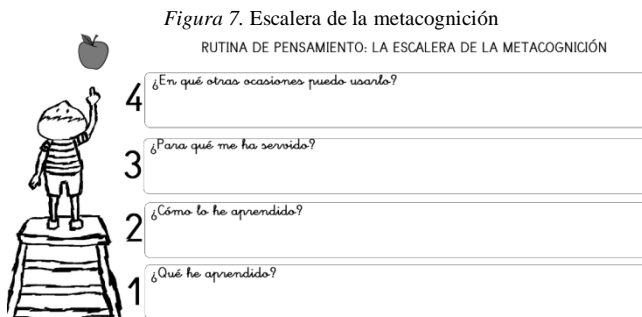


Esta actividad se puede enriquecer adoptándose la rutina diaria de lavarse los dientes después de tomar la merienda en el recreo. De esta manera se podrán enseñar pautas para un buen lavado como movimientos del cepillo de dientes, tiempo que frotar cada zona, etc. Así podremos asegurarnos de que están adquiriendo un hábito dentro del aula que se extrapolará a su vida cotidiana.

Evaluación: se evaluarán las rutinas de pensamiento individuales, así como las calificaciones que el grupo cooperativo ha otorgado a cada solución y la solución común a la que han llegado, plasmada en las conclusiones. Se utilizará el criterio de evaluación genérico que nos da la legislación: “relacionar determinadas prácticas de vida con el adecuado funcionamiento del cuerpo, adoptando estilos de vida saludables, sabiendo las repercusiones para la salud de su modo de vida”. Para concretar aún más se utilizarán los siguientes estándares de aprendizaje evaluables: (a) “identifica y valora hábitos saludables para prevenir enfermedades y mantiene una conducta responsable en lo que respecta a la higiene bucal”; (b) “identifica y adopta hábitos de higiene y cuidado bucales”.

Actividad de evaluación global: La escalera de la metacognición

Pasado un tiempo los alumnos deberán realizar la rutina de pensamiento titulada *La escalera de la metacognición*. Deberá hacerse de forma individual para poder comprobar si la secuencia de actividades ha sido interiorizada de forma correcta por todos los estudiantes. El organizador gráfico y las preguntas pueden visualizarse en la figura 7.



Discusión y conclusiones

Con la secuencia didáctica diseñada se pretende demostrar que la mejora de los hábitos de vida saludables ha de empezar desde las primeras etapas educativas y ha de hacerse implicando las habilidades de pensamiento en dicha tarea.

Tal y como Fernández et al. (2006) afirman, hemos de volcar nuestros esfuerzos en desarrollar el pensamiento crítico en el alumnado para que sea autónomo en sus decisiones. Con las actividades aquí presentadas se ha pretendido ahondar en los problemas de salud que el alumnado pudiera tener, conectando los contenidos trabajados con su vida cotidiana, a la vez que se fomentaban las habilidades de pensamiento. Se ha procurado, tal y como marcan Rosa, Olivares-Olivares y Olivares (2012), diseñar actividades que trabajen en base a las propias problemáticas del alumnado, evocando enfermedades conocidas por los estudiantes de los diferentes aparatos, analizando sus propios desayunos escolares o

proponiendo soluciones personales para mejorar su higiene bucal. De esta forma será más sencillo que el alumnado que realice esta secuencia didáctica adopte comportamientos más saludables, pues mediante las rutinas se ha profundizado en dichos contenidos a la vez que se han desarrollado sus habilidades de pensamiento.

El enfoque que combina el trabajo de contenidos y el fomento de las mencionadas habilidades de pensamiento es el más adecuado para ofrecer un tratamiento de la EpS de calidad.

El aprendizaje basado en el pensamiento y, especialmente las rutinas de pensamiento con sus sencillos organizadores gráficos, es una gran opción para trabajar, como hemos podido demostrar a través de las actividades propuestas, la EpS. La estructura de las actividades, trabajando contenidos de EpS y profundizado en ellos a través de las rutinas, muestra que es vital ir un paso más allá para que el alumnado profundice en los aprendizajes haciendo visible su pensamiento de una forma sencilla y pautada, pero a su vez profunda (Perkins, 2008).

A través de las actividades propuestas en torno a las rutinas del pensamiento, el alumnado profundizará en sus aprendizajes ya que los organizadores gráficos les exigen ir más allá de lo que conocen y dirigen la comprensión del contenido que está siendo tratado (Ritchhart, Church, y Morrison, 2011). Por otro lado, el docente podrá conocer hasta qué punto el alumno los ha interiorizado, siendo un instrumento fácilmente evaluable que se puede usar para organizar la práctica educativa diaria e instar al pensamiento tanto individual como colectivo (Tishman y Palmer, 2005).

De este modo, las características fundamentales para la EpS se ven cubiertas a través de las contribuciones de las rutinas del pensamiento y de la metodología del aprendizaje basado en el pensamiento en general pues, se contextualiza el currículo apelando a las experiencias de los estudiantes, desarrollando la comprensión y la metacognición de forma infundada, mientras están interiorizando hábitos saludables que les acompañarán durante toda su vida.

Referencias

- Fernández, F., Rebolledo, D. M., y Velandia, A. L. (2006). Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Revista Hacia la promoción de la salud*, 11, 21-28.
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. *BOE*, 52, 2014, 1, marzo
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato. *BOE*, 25, 2015, 29, enero
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Salud bucodental*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Perkins, D. (2008). *La escuela inteligente. Del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Ritchhart, R., Church, M., y Morrison, K. (2011). *Making thinking visible. How to Promote Engagement, Understanding, and Independence for All Learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rosa, A. I., Olivares-Olivares, P.J., y Olivares, J. (2012). *Psicología de la salud en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Salmon, A. (2016). El desarrollo del pensamiento en el niño para escuchar, hablar, leer y escribir. *Revista Electrónica Leer, Escribir y Descubrir*, 1(2), 4-18.
- Swartz, R.J., Costa, A.L., Beyer, B.K., Reagan, R., y Kallick, B. (2013). *El aprendizaje basado en el pensamiento. Cómo desarrollar en los alumnos las competencias del siglo XXI*. Madrid: SM.
- Tishman, S., y Palmer, P., (2005). *Pensamiento visible*. Leadership Compass. Recuperado de http://vidarte.weebly.com/uploads/5/1/5/4/5154246/pensamiento_visible.pdf
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *BOE*, 106, 2006, 3, mayo
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *BOE*, 295, 2013, 10, martes

CAPÍTULO 51

Perfil de sueño en una población universitaria

Carlos Caballero Arias

Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de Ciencias de la Salud

Introducción

El sueño es una necesidad humana básica, se trata de un proceso universal y común a las personas; caracterizado por tener un ciclo endógeno vigilia-sueño (también denominado ritmo circadiano) superior a 24 horas. El reparto medio en el adulto es de aproximadamente 8 horas de sueño por 16 horas de vigilia, aunque tal ciclo puede verse afectado por la luminosidad ambiental, ciertos aspectos socioeconómicos y culturales; así como determinadas características individuales de índole genético o constitucional (Cañones et al., 2003; Rodrigo, 2011). En primer lugar, definiremos el *sueño* como un estado biológico activo y periódico; por lo tanto, no es una falta de actividad sino más bien se puede considerar un estado biológico y conductual concreto en el que intervienen los relojes biológicos en la modulación del sistema, así como neurotransmisores específicos (Velayos y Paternain, 2009). Por otro lado, también encontramos otros autores que lo definen como: Un fenómeno fisiológico y conductual caracterizado por una disminución transitoria periódica y reversible del nivel de conciencia, menor capacidad de respuesta a estímulos externos y asociada a cambios posturales, como en el ser humano es el decúbito, el cierre palpebral y cierta quiescencia (Puertas, Prieto, Sánchez y Aguirre, 2015, p. 1).

El sueño es considerado como un estado de alteración de la conciencia en el que la percepción y la reacción al ambiente del paciente están disminuidas; caracterizándose por ser periódico, generalmente espontáneo y acompañado de pérdida de la conciencia de vigilia (Velayos y Paternain, 2009). Otro de los aspectos importantes que tenemos que tener en cuenta para comprender la complejidad del sueño son los patrones estándar del mismo. Estos patrones se pueden clasificar atendiendo al número de horas totales de sueño, si bien hay que tener en cuenta que cada persona debe satisfacer su “cuota” de sueño de manera individualizada (Quevedo-Blasco y Quevedo-Blasco, 2011):

1. *Patrón de sueño corto*: duermen una media de 6 horas o menos por noche.
2. *Patrón de sueño largo*: duermen más de 9 horas por noche.
3. *Patrón de sueño medio*: duermen entre 6 y 9 horas por noche.

4. *Patrón de sueño variable*: los sujetos con este tipo de patrón se caracterizan por la inconsistencia de sus hábitos de sueño.

Además, sabemos que el sueño es una de las funciones fundamentales para el buen funcionamiento de las personas; presenta cualidades restauradoras de manera que dormimos para que nuestro cuerpo y mente se detengan y de esta manera puedan realizar las tareas necesarias para el mantenimiento interno (De la Fuente y Martínez, 2009). Es por ello que, según la actividad cortical del electroencefalograma (lenta o rápida), se distinguen las siguientes funciones del sueño (Valdizán, 2005):

Tabla 1. Funciones del Sueño

<i>Funciones en el sueño lento o NREM</i>	<i>Funciones en el sueño REM</i>
Función restauradora del cerebro: su privación afecta más a funciones cognitivas que físicas.	Función sobre la memoria y aprendizaje: su privación disminuye la consolidación de la tarea aprendida.
Aumenta después del ejercicio, con el hambre u otras circunstancias con marcada demanda metabólica.	Consolidación de conductas para la adaptación de la especie: el estrés y la ingesta aumenta el porcentaje de sueño REM.
Secreción de hormonas vitales para el organismo.	Consolida las conexiones cerebrales o corticales al tener una actividad EEG semejante a la vigilia.
Renovación de los tejidos, al tiempo que se eliminan los productos secundarios del metabolismo muscular.	Discrimina lo relevante para su mantenimiento y conservación, cargándolo en los códigos genéticos.
Incremento de las funciones inmunitarias.	Posible función de consolidar la relación social.

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Valdizán, J.R. (2005). Trastornos generalizados del desarrollo y sueño. *Rev Neurol*, 41 (supl 1), S135-S138.

No obstante, junto con las funciones que posee el sueño, es interesante que exponamos cuales son las principales funciones cognitivas afectadas por la pérdida del sueño (Tabla 2):

Tabla 2. Principales funciones cognitivas afectadas con la pérdida del sueño

Atención sostenida intencional: la atención se vuelve variable e inestable y se incrementan los errores de omisión y comisión.
Entecimiento cognitivo.
El tiempo de reacción se prolonga.
La memoria de corto plazo y de trabajo disminuye.
Se afecta la adquisición de tareas cognitivas (aprendizaje).
Aumentan las respuestas perseverativas.
Toma de decisiones más arriesgadas.
El desempeño inicial de las tareas es bueno al inicio pero se deteriora con las tareas de larga duración.
Alteración de la capacidad de juicio.
Disminución de la flexibilidad cognitiva.
Alteraciones del humor: irritabilidad, enojo.
Disminuye la autovigilancia y autocrítica.
Fatiga excesiva y presencia de "microsueños" involuntarios.

Fuente: Carrillo-Mora, P.; Ramírez-Peris, J. y Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56 (4), 5-15.

En resumen, los diferentes estudios de privación de sueño (Cano, Miró, y Buella, 2001; Sánchez, Zaldivar, Padilla, y Morales, 2007; Domínguez, Grosso, Pagotto, Taliercio, y Allegri, 2009; Serra, 2013), ya sean parciales o totales, permiten conocer cuáles son las funciones del sueño, así como su fisiopatología. Por último, decir que, en la edad adulta, la falta de sueño provoca sintomatología de somnolencia, déficit cognitivo y síntomas psiquiátricos como trastornos del ánimo e irritabilidad; mientras que la privación total de sueño promueve fatiga y disminución de las funciones perceptivas, cognitiva y psicomotora.

Finalmente, el objetivo de este estudio fue determinar el perfil de sueño de una población universitaria.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 1004 sujetos, pertenecientes a la categoría de estudiantes de Grado en la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA) o en la Universidad de Salamanca (USAL), centrándonos en las titulaciones de la rama sanitaria y de ciencias sociales y humanidades. Cabe citar que los sujetos de la muestra abarcan edades comprendidas entre los 18 y 47 años de edad, con mayor número de sujetos en la franja que va de los 18 a los 27 años. En la tabla 3 se muestra la frecuencia de sujetos según la variable edad.

Tabla 3. Distribución de la muestra según la edad

EDAD (expresada en años)	PORCENTAJE (%)
18-22	78,7
23-27	18,3
28-32	2,4
33-37	,1
38-42	,3
43-47	,1

Si hablamos en función del Sexo, la muestra está compuesta por un 23,4% de hombres y un 76,6% de mujeres. A la vista de estos datos, podemos decir que no se da una distribución homogénea; hecho atribuible a la feminización de la población universitaria, especialmente en la rama sanitaria. Dicha feminización de los estudios universitarios se ve reflejada en los datos de la última encuesta sobre enseñanza universitaria realizada por el INE en el curso 2010/2011.

A continuación, en la tabla 4, mostraremos los datos relacionados con la Universidad Pontificia de Salamanca, dejando patente la existencia de este fenómeno:

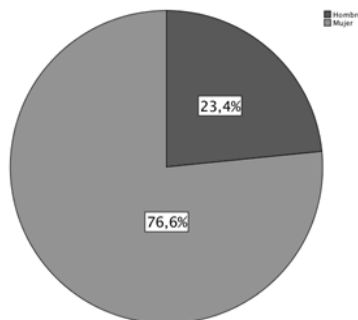
Tabla 4. Alumnado matriculado en estudios de grado en la Universidad Pontificia de Salamanca según el sexo, durante el curso académico 2010/2011

	Mujeres	Hombres	Total
Universidad Pontificia de Salamanca	231	1231	3621

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Datos extraídos del INE.

Por otro lado, en la figura 1 se observa cual es la distribución porcentual de la muestra en función del sexo; siendo un 76,6% de la muestra mujeres y tan solo un 23,4% de hombres.

Figura 1. Distribución de la muestra en función del sexo

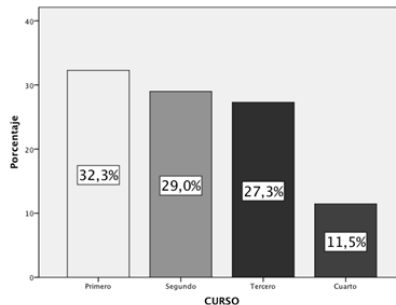


Respecto a la Titulación de los sujetos de la muestra, se observa que el 70,7% de la muestra general, pertenecen a estudios de Ciencias de la Salud, en nuestro caso y debido a la oferta lectiva de la Facultad de Ciencias de la Salud, estos sujetos son estudiantes de los Grados de Enfermería y Logopedia. Por otro lado, observamos que el 29,3% del total de la muestra general, pertenecen a estudios de Ciencias Sociales y Humanidades; si bien en este apartado se contemplaron los Grados de Psicología, Comunicación Audiovisual, Magisterio en las diferentes especialidades y Pedagogía, ofertadas por la UPSA.

En cuanto al Curso de los sujetos de la muestra, se observa la distribución a lo largo de los cuatros años de duración que tienen actualmente los títulos de Grado. El 32,3% se encuentran en primero de Grado, el 29,0% en segundo, el 27,3% en tercero y el 11,5% en cuarto, siendo este grupo el que cuenta con una menor representación.

A continuación, en la figura 2, mostraremos la distribución de la muestra en función del curso que se encuentra cursando el alumno.

Figura 2. Distribución de la muestra en función del curso



Además, también podemos observar que, en la rama de Ciencias de la Salud, de los 710 sujetos matriculados en una titulación de esta área de conocimiento, 235 se encuentran en primero, 207 en segundo, 180 en tercero y 88 en cuarto. Por el contrario, en la rama de Ciencias Sociales y Humanidades, del total de 294 sujetos, 89 se encuentran en primero, 84 en segundo, 94 en tercero y 27 en cuarto. Esta distribución se debe a varias razones, entre las que destacamos:

1. No todos los alumnos contestaron al cuestionario por no acudir a clase el día de la aplicación.
2. Eliminación de cuestionarios que se encontraban contestados a la mitad.

Por otro lado, con respecto al Turno de clase al que acuden los sujetos, el 54% del total de la muestra tiene un turno de mañana, el 26,2% tiene un turno de tarde; mientras que el 19,8% de la muestra tienen ambos turnos. Estos datos se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución de la muestra en función del turno de clase

	Frecuencia	Porcentaje
TURNO DE CLASES	Mañana	542
	Tarde	263
	Mañana/Tarde	199
	Total	1004
		100,0

Por último, observando el Lugar donde viven los sujetos de la muestra; podemos decir que viven el 37,2% en un piso compartido; el 15,2% en una Residencia o Colegio Mayor; el 43,9%, en la vivienda familiar, y por último, el 3,7%, dicen vivir en otros tipos de vivienda diferentes a los anteriores.

En resumen, nuestra muestra cuenta con un N total de 1004 sujetos, los cuales representan a adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 47 años; siendo mayoritario el número de mujeres frente a los hombres.

Instrumentos

Cuestionario de Datos Socio-demográficos.

PSQI o *Pittsburg Sleep Quality Index*: cuestionario diseñado por D.J. Buysse y sus colaboradores del Departamento de Psiquiatría de la universidad de Pittsburg, cuyo objetivo es determinar la calidad de sueño en el mes previo a su aplicación. Dicho cuestionario cuenta con 24 preguntas, 19 de las cuales han de ser contestadas por el propio sujeto, mientras que las 5 restantes son contestadas por el compañero de cama o habitación. Cabe señalar que las 4 primeras preguntas (las cuales hacen referencia a esferas como la hora de acostarse o el tiempo que el sujeto piensa que duerme realmente por la noche) se contestan de manera concreta. Si bien, las restantes 20 (relacionadas con áreas tales como la calidad de sueño o la

frecuencia de ciertos eventos), donde también se incluyen las preguntas que contesta el compañero de habitación o cama, se contestan mediante una escala likert con 4 grados, los cuales son:

No me ha ocurrido durante el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
0	1	2	3

Cabe señalar que al ser analizado solo han de ser evaluadas las 19 primeras preguntas, correspondientes a las respuestas proporcionadas por el propio sujeto del estudio; ya que las preguntas que hacen referencia a si el sujeto duerme sólo o acompañado y aquellas que contesta el compañero de habitación o cama sirven, exclusivamente, para proporcionar información acerca de la frecuencia de ronquidos, apneas, convulsiones o episodios confusionales. Además, destacar que del análisis de correlaciones se obtienen 7 puntuaciones que nos informan sobre componentes de la calidad subjetiva del sueño:

- *Calidad Subjetiva.*
- *Latencia de Sueño:* mide el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse.
- *Duración de sueño.*
- *Eficiencia Habitual del Sueño:* nos da información acerca del porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado.
- *Perturbaciones del Sueño:* frecuencia con la que aparecen alteraciones tales como tos, ronquidos, frío, calor o necesidad de levantarse para ir al baño.
- *Uso de Medicación Hipnótica.*
- *Disfunción Diurna:* evalúa la facilidad con la que el sujeto se duerme mientras realiza una actividad como el cansancio que padece.

Por otro lado, ambos 7 componentes permiten que los resultados obtenidos al pasar el PSQI sean comparables con los que se obtienen durante la entrevista clínica a sujetos aquejados de trastornos del sueño o la vigilia; cabe también citar que estos componentes reciben una puntuación oscilante entre 0 y 3, donde una puntuación de 0 indica que no hay problema, mientras que, si se obtiene 3, señala graves problemas a ese nivel. La PT o puntuación total se obtiene de la suma de puntuaciones en cada uno de los componentes, pudiendo abarcar puntuaciones incluidas en el intervalo que va de 0 a 21. En palabras de Buysse y cols. (1989), señalan la puntuación de 5 como corte, discriminando los buenos dormidores o con buena calidad de sueño (PT menos o igual a 5) de los que la tienen mala.

Por último, y tomando como referencia el estudio original de Buysse y cols. (1989), el PSQI tiene una consistencia interna, hallada mediante el coeficiente α de Cronbach, de 0,81; además el punto de corte identificaba correctamente al 88,5% de todos los pacientes, obteniéndose una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 86,5%.

Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo en este estudio fue la elaboración, en primer lugar, del cuestionario de recogida de datos que se pasaría a la muestra de universitarios durante el curso académico 2015-2016. En segundo lugar, se determinaron los criterios de inclusión en la muestra, donde destaca que las personas a las que se le aplicaría debían estar matriculadas en una titulación de Grado perteneciente a la oferta académica de la Universidad Pontificia de Salamanca (ambos Campus) y la Universidad de Salamanca. Los datos se recogieron mediante la aplicación del cuestionario durante una hora de clase siendo voluntario y asegurando en todo momento la confidencialidad de los datos.

Análisis de datos

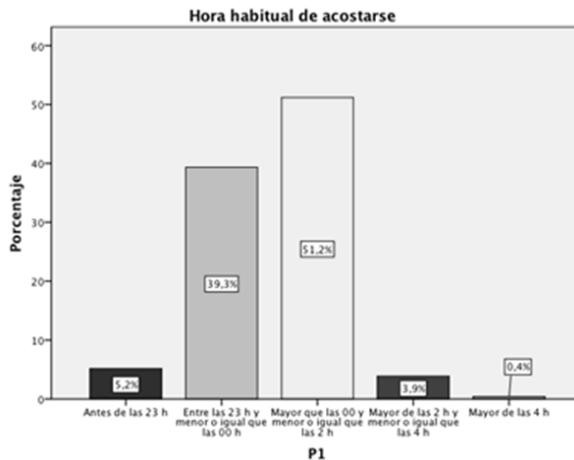
Se llevo a cabo el análisis de las frecuencias de las diferentes variables del Cuestionario de Datos Sociodemográficos y del PSQI o Pittsburgh Sleep Quality Index, a través del paquete estadístico SPSS en su versión 15.0.

Resultados

En este apartado pasaremos a exponer los resultados obtenidos en el análisis de las frecuencias de las variables contenidas en el PSQI o Pittsburgh Sleep Quality Index.

En primer lugar, respecto a la hora habitual de acostarse encontramos que la mayoría de los estudiantes, concretamente el 51,2%, se acuestan “mayor de las 00:00h y antes de las 2h” de la mañana; seguido se encuentran el 39,3% que se acostarían “entre las 23h y antes o igual de las 00”. Por último, con frecuencias menores se encontraría los alumnos que se acuestan “antes de las 23h” (5,2%), “mayor de las 2h y menor o igual de las 4h” (3,9%) y “mayor de las 4h” (,4%). A continuación, mostramos el gráfico de porcentajes para esta variable:

Figura 3. Distribución de la muestra según la hora habitual de acostarse



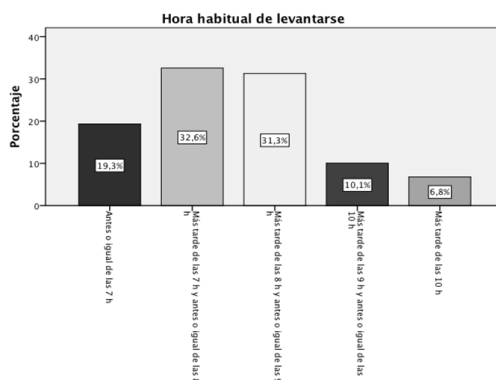
Por otro lado, en cuanto al número de minutos que tardan los alumnos en conciliar el sueño, encontramos que el 47,1% tarda entre 5 y 15 minutos en dormirse; lo que contrasta con el 32,5% que tarda entre más de 15 minutos y menos o igual de 30 minutos, el 15,8% que tarda entre más de 30 minutos y menos o igual de 60 minutos y el 4,5% que tarda más de 60 minutos en conciliar el sueño. En la tabla 6 mostramos la frecuencia y porcentajes obtenidos en esta variable:

Tabla 6. Distribución de la muestra según el número de minutos para conciliar el sueño

	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
Entre 5 min y 15 min	473	47,1
Entre más de 15 min y menos o igual que 30 min	326	32,5
Entre más de 30 min y menos o igual que 60 min	159	15,8
Más de 60 min	45	4,5
Total	1003	99,9
Perdidos		
Sistema	1	,1
Total	1004	100,0

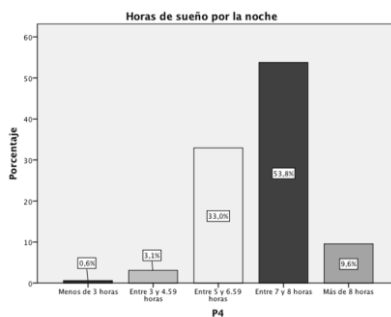
Respecto a la hora habitual de levantarse, observamos que el 32,6% universitarios se levanta “más tarde de las 7h y antes o igual de las 8h”; seguido encontraríamos el 31,3% que se levanta “más tarde de las 8h y antes o igual de las 9h”. A continuación, estaría el 19,3% que se levanta “antes de las 7h”, el 10,1 % que lo harían “más tarde de las 9h y antes o igual de las 10h” y por último, el 6,8% se levantarían “más tarde de las 10h”. En la figura siguiente queda reflejada dicha distribución:

Figura 4. Distribución de la muestra en función de la hora habitual de levantarse



No obstante, también observamos diferencias en las horas de sueño por la noche; destacando que el 53,8% de los universitarios duermen “entre 7 y 8 h”; y el 33,0% duermen “entre 5 y 6:59 h”. En contraste, encontramos que tan solo el 9,6% de los alumnos duermen “más de 8 h”, el 3,1% dormirían entre “entre 3 y 4:59 h” y por último, tanto solo el ,6% de los alumnos duermen “menos de 3 h”. A continuación, mostramos dicha distribución en la figura 5.

Figura 5. Distribución de la muestra en función de las horas de sueño por la noche



Además, en este estudio se analizaron las frecuencias de las causas que alteran el sueño de los universitarios. En la tabla (7) siguiente se encuentran las frecuencias y porcentajes obtenidos después de realizar la prueba.

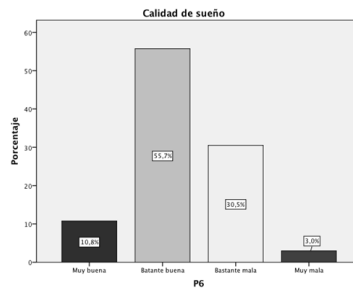
Tabla 7. Distribución de la muestra en función de las causas que alteran su sueño durante la noche

CAUSA	No me ha ocurrido durante el último mes		Menos de una vez a la semana		Una o dos veces a la semana		Tres o más veces por semana	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No poder conciliar el sueño después de 30 minutos.	242	24,1	362	36,1	248	24,7	150	15
Despertarse en mitad de la noche o de madrugada.	218	21,7	340	33,9	270	26,9	176	17,5
Tener que ir al baño.	591	58,9	220	21,9	117	11,7	73	7,3
No poder respirar adecuadamente.	786	78,3	133	13,2	60	6,0	21	2,1
Tos o ronquidos.	707	70,4	173	17,2	83	8,3	39	3,9
Sensación de frío.	512	51	299	29,8	153	15,2	40	4,0
Sensación de calor.	423	42,1	316	31,5	198	19,7	67	6,7
Sentir dolor.	769	76,6	117	11,7	35	3,5	19	1,9
Otras causas	849	84,6	51	5,1	56	5,6	48	4,8

Como podemos observar la muestra se distribuye de manera heterogénea entre las causas de alteración de sueño. Si bien observamos que todos los eventos que producen una alteración del sueño de los universitarios por la noche ocurren con una frecuencia de “menos de una vez por semana”. Si bien, otras causas (las detallaremos más abajo) tiene su pico máximo de incidencia en la frecuencia de “una o dos veces por semana”. A continuación, se indican cuáles son las otras causas que exponen los alumnos como causantes de alteración del descanso nocturno: Excesivo cansancio; incertidumbre de haber realizado bien el trabajo; preocupaciones; prácticas externas; estrés; pesadillas; vibración del móvil; ahogo; sudor desproporcionado; enfermedad: catarro, dolor de rodilla tras lesión, alergia, acidez de estómago, fiebre o asma; menstruación; motivos personales; dormir en pareja; alucinaciones hipnagógicas; malestar general; hambre; nervios por el periodo de exámenes; ruptura de pareja; migrañas; sensación de sed; hablar en sueños; despertarse por ruido en el hogar o fuera del mismo (calle); inquietud; discusiones familiares; cosquilleo en los pies; ansiedad; alteraciones del ritmo cardiaco; preocupación por el devenir de la vida personal; falta de sueño por dormir por la tarde; pensamientos recurrentes; insomnio; parálisis del sueño.

Si bien, el PSQI contiene una pregunta acerca de cómo calificarían los sujetos que cubren dicho cuestionario su calidad de sueño. Respecto a esta pregunta y en nuestra muestra, observamos que el 55,7% dicen tener una calidad de sueño “bastante buena” en comparación con el 30,5% que refieren una “bastante mala” calidad de sueño, el 10,8% que dicen tenerla “muy buena” o el 3% que califican su calidad de sueño como “muy mala”. En la figura (6) siguiente, mostramos dichos porcentajes:

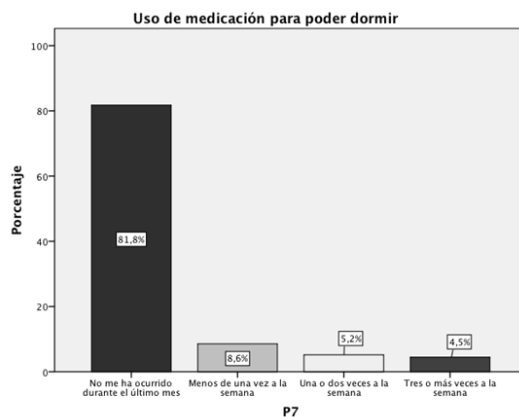
Figura 6. Distribución de la muestra en función de la calidad de sueño



Respecto al uso de medicación para poder conciliar el sueño, bien prescritas o automedicadas, encontramos que el 8,6% de los universitarios de la muestra ha utilizado estos medicamentos “menos de una vez a la semana”, el 5,2% los ha usado “una o dos veces por semana” y el 4,5% con una frecuencia de “tres o más veces por semana”. Estos datos contrastan con el 81,8% de los universitarios que “no me

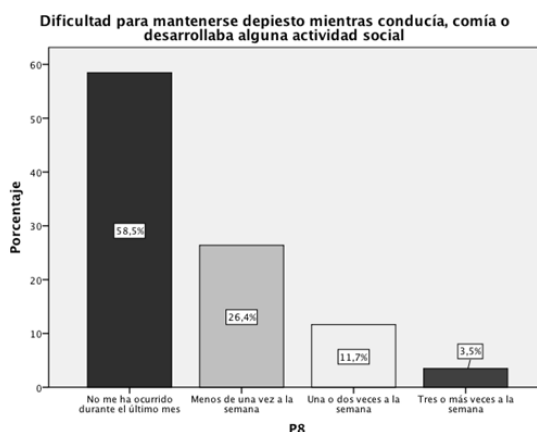
ha ocurrido durante el último mes”; es decir, no ha usado fármacos hipnóticos para conciliar el sueño. A continuación, en la figura 7 se muestra dicha distribución.

Figura 7. Distribución de la muestra en función del uso de medicación para conciliar el sueño



Por otro lado, respecto a la frecuencia con la que los universitarios de la muestra tuvieron dificultades en mantenerse despierto mientras conducían, comían o desarrollaban alguna actividad social; encontramos que el 26,4% tuvo dificultades “menos de una vez por semana”, el 11,7% con una frecuencia de “una o dos veces a la semana” y el 3,5% les ocurrió con frecuencia de “tres o más veces a la semana”. Por el contrario, el 58,5% refieren que “no me ha ocurrido durante el último mes”, es decir, no han tenido problemas para mantenerse despierto en el desarrollo de alguna actividad. En la figura (8), mostramos dicha distribución porcentual.

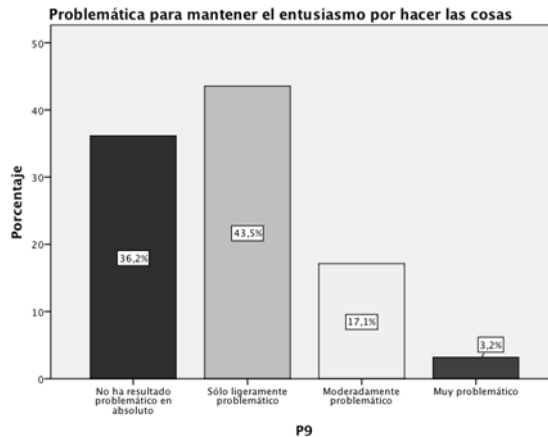
Figura 8. Distribución de la muestra según la dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social



Por último, observamos que al 43,5% de los alumnos les ha resultado “sólo ligeramente problemático” mantener el entusiasmo por hacer las cosas; seguido del 17,1% que refieren le ha sido “moderadamente problemático” o el 3,2% que refieren que les ha sido “muy problemático”. Por otro lado, destacamos que el 36,2% de los universitarios dicen que “no ha resultado problemático en

absoluto” mantener el entusiasmo por hacer las cosas. A continuación, en la figura 9, mostramos la distribución porcentual antes mencionada.

Figura 9. Distribución de la muestra según la problemática para mantener el entusiasmo por hacer las cosas



Discusión/Conclusiones

En cuanto a las conclusiones que extraemos de este estudio encontramos que la mayoría del alumnado se acuesta más tarde de las 00:00h y antes de las 2h de la mañana, tardando entre 5 y 15 minutos en conciliar el sueño. Si bien, otra parte del alumnado tarda mas de 15 minutos y menos o igual de 3 minutos en conciliar el sueño. Respecto a la hora de levantarse, la mayoría de los universitarios lo hacen más tarde de las 7h y antes o igual de las 8h; teniendo una media de entre 7 y 8 horas de sueño nocturno. En palabras de Quevedo-Blasco y Quevedo-Blasco (2011), nuestros alumnos poseen un patrón de sueño medio.

Por otro lado, las causas que alteran el sueño nocturno (sensación de frío, tos o ronquidos, etc.) aparecen con una frecuencia de “menos de una vez por semana”. Esto se traduce en que el tiempo que pasan los universitarios en la cama, transcurre sin ningún tipo de incidencia que altere el descanso más de una vez. Si bien, otras causas expresadas por los propios universitarios como causas de alteración del descanso, elevan su frecuencia a “una o dos veces por semana”.

Respecto a la calidad de sueño, la mayoría de los universitarios refieren que es bastante buena, interpretando esto como una señal de que el descanso es productivo y permite la puesta en marcha de la función reparadora del sueño. Este sueño, al ser de bastante buena calidad implica que los universitarios no han precisado medicaciones (prescritas o automedicadas) para conciliar el sueño, parte también porque no tardan más de 15 minutos en quedarse dormidos.

Por último, en cuanto a la problemática para mantenerse despierto durante el desarrollo de una actividad social o para mantener el entusiasmo por hacer las cosas, encontramos que los universitarios de nuestra muestra refieren que no han tenido problemas en ninguna de ambas, desarrollándose de manera correcta y sin incidencias.

En conclusión, este estudio del perfil del sueño de los universitarios asienta las bases para futuros estudios y permite establecer los pilares fundamentales de un programa de educación sanitaria en hábitos de sueño para todas las poblaciones; siendo este programa un refuerzo de los hábitos ya adquiridos o como guía para la adquisición de nuevos. No obstante, este programa de salud no solo permite el refuerzo de medidas que permitan el mantenimiento de una buena calidad de vida, sino también ofrece el

entrenamiento e instrucción en técnicas y medidas higiénicas que permitan a la persona tener control sobre las causas que alteran su sueño y dificultan su descanso nocturno.

Referencias

- Cano, M.C., Miró, E., y Buena, G. (2001). Efecto de la privación total de sueño sobre el estado de ánimo deprimido y su relación con los cambios en la actividad autoinformada. *Salud Mental, 24*(4), 41-49.
- Cañones, P.J., Aizpiri, J., Barbado, J.A., Fernández, A., Gonçalves, F., Rodríguez, J.J., De la Serna de Pedro, I., y Solla, J.M. (2003). Trastornos del sueño. *Revista de la SEMG, 59*, 681-690.
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J., y Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 56*(4), 5-15.
- De la Fuente, V., y Martínez, C. (2009). *Comprender el insomnio*. Barcelona: Amat.
- Domínguez, P., Grosso, M.L., Pagotto, B., Talierno, V., y Allegri, R. (2009). Efectos de la privación de sueño en el desempeño de los médicos residentes de pediatría. *Arch Argent Pediatría, 107*(3), 241-245.
- Puertas, F.J., Prieto, F., Sánchez, J.V., y Aguirre, C. (2015). Neurobiología del ciclo sueño-vigilia. Modificaciones fisiológicas durante el sueño. En J.M. Monsterrat y F.J. Puertas. *Patología básica del sueño* (pp. 1-11). Barcelona: Elsevier.
- Quevedo-Blasco, V.J., y Quevedo Blasco, R. (2011) Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 49-65.
- Sánchez, A., Zaldivar, M., Padilla, E., y Morales, L. (2007). Privación de sueño para el estudio electroencefalográfico. Experiencia del personal de enfermería. *Enfermería Global, 10*, 1-6.
- Serra, L.M. (2013). Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y médico legales. *Revista Médica Clínica Condes, 24*(3), 443-451.
- Valdizán, J.R. (2005). Trastornos generalizados del desarrollo y sueño. *Revista Neurológica, 41*(1), S135-S138.
- Velayos, J.L., y Paternain, B. (2009). Anatomía funcional del sueño. En J.L. Velayos, *Medicina del sueño. Enfoque multidisciplinario* (pp. 7-18). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

CAPÍTULO 52

La valoración de la situación de dependencia y acceso a atención temprana

M^aÁngeles Viforcós Fernández
Universidad de Valladolid. Doctora en Psicología

Introducción

La valoración de la situación de dependencia ha tenido gran impacto en nuestro país desde la publicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (en adelante Ley 39/2006). Ha supuesto un reconocimiento de derechos y visibilidad para las personas que necesitan apoyo al realizar las actividades básicas de la vida diaria (Rivero y Salvá, 2011), incluidos los niños/as menores de tres años.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) señala que la evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues las limitaciones en la funcionalidad de un individuo aumentan con la edad. Esto puede hacer pensar que un menor de tres años no se susceptible de valorar su situación de dependencia, pero diferentes autores en sus revisiones teóricas no hacen referencia a la edad, sino más bien a una situación que puede darse en cualquier individuo (Querejeta, 2004; Carretero, Garcés, Ródenas, y Sanjosé, 2006; Balbontín, 2011). De esta forma Pacolet, Bouten, Lanoye, y Versieck (2000) entienden la dependencia como la dificultad de un individuo para realizar determinadas actividades, así como el apoyo que este requiere para llevarlas a cabo.

Lo que nos interesa para esta investigación es que los menores de tres años están protegidos por la Ley 39/2006 (art. 5) por tanto son objeto de valoración, si bien ésta no es igual que para el resto de la población, entre otras cosas porque se requiere una escala específica, denominada Escala de Valoración Específica (en adelante EVE).

La EVE ha sido elaborada por el Gobierno de Cantabria (Ruiz, Méndez, y Echevarría, 2007) y validada por un grupo de investigadores de la Universidad de Salamanca, posteriormente se aprueban tanto la escala como las normas de su aplicación en el Real Decreto 504/2007 (modificado en el 2011) lo que supone que sea la herramienta que ha de utilizarse en todo el territorio español para la valoración de menores de tres años.

En Castilla y León la valoración se realiza por especialistas en atención temprana y en los centros a los que acuden los niños/as y sus familias, por lo que aplicar la EVE se ha integrado en el proceso de evaluación e intervención de los menores (Viforcós, Arias, e Irurtia, 2016).

Como hace referencia el Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2000) y el Consejo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) de 28 de octubre de 2010 (BOE 18-02-2011) la Atención Temprana es una prestación asistencial del SAAD incluida con servicio de promoción de la autonomía personal para los menores dependientes de grado 1. Además también se hace referencia a que los principios que inspiran la Ley 39/2006 y los de la Atención Temprana no son tan diferentes. De alguna manera se crea un marco teórico que vincula el encontrarse en situación de dependencia y el poder recibir un servicio que apoye el desarrollo infantil como apoyo en la adquisición de habilidades de autonomía.

La importancia de la Atención Temprana hoy en día es una realidad en la intervención con niños pequeños. Gran parte del potencial humano viene determinado por los seis primeros años de vida y está ampliamente demostrado cómo la intervención en esos primeros momentos supone un beneficio para el desarrollo. De la misma forma, el apoyo que se le puede dar a una familia para que sepa adaptarse a las

necesidades de su hijo y favorecer su desarrollo es uno de los predictores de buen funcionamiento y de calidad de vida familiar (De-Linares y Rodríguez, 2004; Giné, Gracia, Vilaseca, y Balcells, 2009).

En un estudio preliminar de la Asociación de Profesionales de la Atención Temprana (GAT, 2012) para investigar la tipología diagnóstica y situación de dependencia, conforme a la escala de baremación EVE, se sugiere que la EVE puede dejar fuera del ámbito protector de la Ley 39/2006 múltiples problemas evolutivos, así como estar sesgada a favor de unos diagnósticos u otros. Esto conlleva una limitación al acceso de una intervención en Atención Temprana, lo que sería una limitación a la hora de considerar uno de sus principios básicos que es la universalidad en la intervención (GAT, 2000).

Este estudio, sugiere el interrogante de qué nivel de desarrollo ha de alcanzar un niño y la relación con estar o no en una situación de dependencia. Es de esperar que un menor sea dependiente cuanto más apoyo requiera, lo que probablemente esté asociado a un retardo en su desarrollo, como así sugiere la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad, versión de la Infancia y Adolescencia (CIF-IA) (OMS, 2011).

La experiencia práctica en la aplicación de la EVE y en la evaluación infantil, así como la falta de información pública de las propiedades métricas de la EVE han motivado esta investigación que pretende conocer por un lado la relación entre el grado de dependencia y el nivel de retraso, así como la sensibilidad y especificidad de la prueba a la hora de considerar si un niño es o no dependiente, lo que nos lleva a analizar como refieren Padilla, Gómez, Hidalgo, y Muñiz (2006) las consecuencias del uso y funcionamiento de un instrumento de evaluación.

La sensibilidad corresponde a la tasa de casos positivos que son bien diagnosticados por la prueba, o como refieren Verdugo, Arias, y Navas (2014), haciendo referencia a Loong, (2003) “el grado en que un instrumento de evaluación es capaz de identificar a aquellas personas que presentan una condición concreta” (p. 15). La especificidad corresponde a la tasa de casos negativos que son bien diagnosticados por la prueba, o lo que es lo mismo, el porcentaje de casos en los que se rechaza correctamente el diagnóstico (Verdugo et al., 2014).

Por tanto, el objeto de este estudio es conocer si hay o no relación entre el grado de dependencia y el nivel de retraso, esperando que a mayor grado de dependencia menor será el nivel de desarrollo y que los menores con un desarrollo evolutivo adecuado no tengan dependencia, así como los datos de Sensibilidad y Especificidad de la EVE.

Método

Participantes

Se utiliza una muestra incidental con 389 observaciones de menores cuyas familias solicitan el acceso a un centro de Atención Temprana en la provincia de Valladolid y corresponden a 229 niños y 160 niñas, cuya media de edad es de casi 16 meses.

Instrumentos

Las variables que se miden son el desarrollo y el grado de dependencia.

Para la valoración del desarrollo se utiliza la Escala del Desarrollo Psicomotor Brunet Lèzine-R (Josse, 1997). Nos permite medir el desarrollo de los niños desde los 2 a los 30 meses. Para ello la escala se estructura en los 15 niveles con de 10 ítems cada uno. Se puntúa si el niño logra o no un determinado ítem. El resultado final son cocientes de desarrollo (QD) de cada área. La prueba está baremada con una muestra francesa (Josse, 1997). En relación con la fiabilidad interna la fórmula Alpha de Cronbach muestra correlaciones comprendidas entre .69 y .87. Según el manual de la prueba un QD por debajo de 70 se considera como signo de retraso.

Para la valoración del grado de dependencia se utiliza la EVE (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007). Permite obtener el grado de dependencia de un menor de 0 a 35 meses, conforme al siguiente criterio: 0=No dependencia, 1=Dependencia moderada, 2=Severa y 3=Gran dependencia. Se

tienen en cuenta variables relacionadas con la salud, así como con su desarrollo que se mide en una escala motriz y adaptativa de 9 ítems cada una. No se han publicado sus cualidades métricas.

Resultados

Procedimiento

Se realiza un estudio ex post facto cuantitativo y exploratorio durante los 5 primeros años de la implantación de la Ley. En el mismo momento temporal se lleva a cabo la aplicación de la EVE y la Escala del Desarrollo Psicomotor Brunet-Lézine-R.

Las puntuaciones en dicha escala se categorizan atendiendo a dos criterios. Por un lado según los valores, medias y desviaciones de la prueba (Pina, 2007):

- Desarrollo normal: Valores de cociente de desarrollo de 92 o más.
- Retraso leve: Cociente de desarrollo entre 83 y 91 (dos meses de desfase respecto a los niños de su edad).
- Retraso moderado: Cociente de desarrollo entre 75 y 82 (tres meses de desfase respecto a los niños de su edad).
- Retraso grave: Cociente de desarrollo inferior a 75 (más de tres meses de desfase respecto a los niños de su edad).

Por otro lado, se dicotomiza en: Retraso (QD menores o iguales a 70) y sin retraso (QD mayores de 70).

De la misma forma la variable situación de dependencia se dicotomiza en: No dependiente (Grado 0) y Dependiente (Grados 1, 2 o 3).

Análisis de datos

La naturaleza de los datos y el tipo de estudio permite realizar análisis exploratorios con tablas de contingencia a través del SPSS Statistics v.19 (SPSS, 2010), así como de las aplicaciones Microsoft Excel y su extensión XLSTAT.

En la tabla 1 se presentan los resultados en la escala de desarrollo.

Tabla 1. Descriptivos de la escala Brunet Lézine-R

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
QD-P	389	15	147	80.03	22.70
QD-C	389	6	125	84.80	21.17
QD-L	389	7	154	74.13	24.37
QD-S	389	10	180	81.09	23.69
QD-TOTAL	389	11	133	79.64	20.42
N válido	389				

Los datos reflejan las puntuaciones obtenidas en la escala postural (QD-P) en la coordinación (QD-C), en lenguaje (QD-L), en social (QD-S) y una puntuación resumen que indica el nivel global de desarrollo de un niño (QD-TOTAL) que es el que se utiliza para dicotomizar la variable.

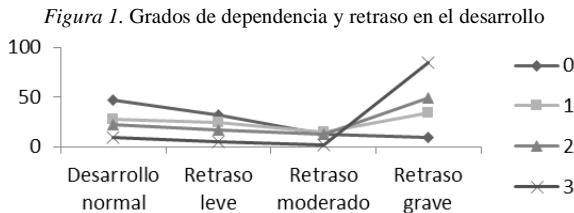
Resulta de interés para esta investigación describir qué ocurre con los grados de dependencia y el nivel de desarrollo que alcanza un menor. En la tabla 2 aparecen el cociente de desarrollo total categorizado y las puntuaciones en la EVE. Se observa que en valores considerados como normales en el desarrollo es más frecuente tener grado 0, lo cual parece bastante lógico. De la misma manera los casos considerados con un retraso grave obtienen con más frecuencia los grados 2 y 3.

Tabla 2. Frecuencias en Dependencia y nivel de desarrollo total

Nivel de desarrollo	EVE				Total
	0	1	2	3	
Desarrollo normal	68	17	30	4	119
Retraso leve	45	15	23	2	85
Retraso moderado	18	9	17	1	45
Retraso grave	13	21	67	39	140
Total	144	62	137	46	389

En la figura 1 se observa la tendencia de cada puntuación en la EVE en función del nivel de desarrollo.

El grado 0 disminuye a medida que aumenta el retraso global. El grado 1 se comporta de una manera más irregular, aunque es más frecuente en el retraso grave. Lo mismo ocurre con el grado 2, que paradójicamente disminuye ligeramente en el retraso leve y moderado, aunque tiene un importante incremento en los niveles más altos. El grado 3 es más frecuente en retraso grave.



Para comprobar si a mayor grado de dependencia son menores en la escala Brunet Lézine-R se analiza si hay relación entre las variables a través de la prueba Chi-cuadrado. En la tabla 3 se observa que el *p*-valor es <.05 por tanto existe relación entre las variables.

Tabla 3. Chi-cuadrado entre cociente de desarrollo total y grado de dependencia.

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	107.961 ^a	9	.000
Razón de verosimilitudes	117.211	9	.000
Asociación lineal por lineal	88.329	1	.000
N de casos válidos	389		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.32.

Se calcula la cantidad y dirección de la correlación. Los resultados aparecen en la tabla 4.

Tabla 4. Correlación entre puntuaciones

		Grado de dependencia	QTR
Grado de dependencia	Coefficiente de correlación	1.000	.471*
	Sig. (unilateral)		.000
	N	389	389
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	.471**	1.000
	Sig. (unilateral)	.000	
	N	389	389

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

La correlación de Spearman es significativa (*p*-valor<.05): existe una relación moderada. Cuanto mayor es el grado de dependencia mayor es el nivel de retraso, por lo que sus puntuaciones en la escala son menores.

Se analiza lo que ocurre con los menores con desarrollo evolutivo normal. En la tabla 5 se presentan los porcentajes en dependencia y se observa que el mayor porcentaje se da en el grado 0 (47.1%), aunque llama la atención que haya un 52.9 % de valoraciones en las que se puntúa con dependencia y más aún que un 32% de los casos obtengan un grado 2.

Tabla 5. Desarrollo evolutivo normal y dependencia

	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Desarrollo evolutivo normal	47.1	16.7	32.6	3.6

Para calcular la sensibilidad y especificidad se categoriza el cociente de desarrollo total, que es considerada la variable de referencia, en mayor y menor e igual que 70. Las puntuaciones de la EVE se dividen en dos categorías: no dependientes (grado 0) y dependientes (grados 1, 2 y 3). El valor positivo se asocia a tener dependencia y el negativo a no tenerla (Pita y Pértegas, 2003).

Se presenta en la tabla 6 la sensibilidad que se calcula dividiendo el número de niños con retraso y dependientes ($n=101$) entre el total de niños con retraso ($n=108$) y se multiplica por cien, obtenemos así una sensibilidad del 93.5%. Para la especificidad se divide el número de niños sin retraso no dependientes ($n=137$) entre el total de niños sin retraso ($n=281$), multiplicando por cien obtenemos una especificidad del 48.8%.

Tabla 6. Sensibilidad y especificidad de EVE con cociente de desarrollo

	QD>70 Sin retraso	QD<=70 Con retraso	Total
EVE	No dependiente (negativo) 137 Verdaderos- Especificidad: 48,8%	7 Falsos-	144
	Dependiente (Positivo) 144 Falsos+	101 Verdaderos+ Sensibilidad: 93,5%	245
Total	281	108	389

Se amplía este resultado general con el análisis de la curva ROC, teniendo en cuenta todos los umbrales de la EVE. Los datos, obtenidos con el XLSTAT, se muestran en la tabla 7 (aparece destacada en **negrita** el valor más adecuado en el análisis).

Tabla 7. Análisis ROC. EVE con estándar cociente de desarrollo

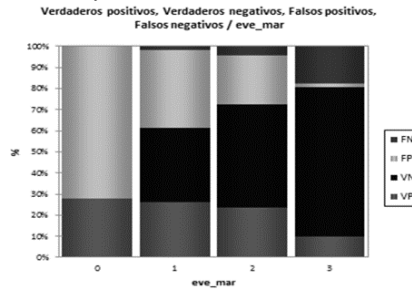
Umbral de la EVE	Sensib.	Especif.	VPP	VPN	VP	VN	FP	FN	Sensib+Especif	Precisión
0	1.00	.00	.28		108	0	281	0	1.00	.28
1	.94	.49	.41	.95	101	137	144	7	1.42	.61
2	.85	.68	.50	.92	92	190	91	16	1.53	.73
3	.36	.98	.85	.80	39	274	7	69	1.33	.81

Cuando el umbral para decidir que un niño es dependiente se sitúa en el grado 2 de la EVE se obtiene una sensibilidad del 85%, una especificidad del 68%. Con este punto de corte la potencia predictiva positiva (VPP: porcentaje de niños clasificados como dependientes que realmente lo son) es del 50%, mientras que la potencia predictiva negativa (VPN: porcentaje de niños no dependientes que realmente no lo son) es del 92%. En este punto no es en el que se obtiene mayor precisión (.73), pero sí es en el que se consigue más equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

La representación gráfica de los datos anteriores, correspondiente a la figura 2, permite tener una referencia visual de cada umbral y de cómo se influyen los valores positivos (VP), los negativos (VN), los falsos positivos (FP) y los falsos negativos (FN) al modificarse cada uno de ellos. Situando el umbral en grado 0 se observas que no hay falsos negativos (dejar fuera a algún niño dependiente), pues de esa manera se considera a todos los niños dependientes, luego es seguro que están incluidos todos los que

son. Esto hace que la sensibilidad sea máxima, pero la especificidad es nula, en este caso se clasifica como dependientes a niños que no lo son; por ellos, en este punto tenemos el valor máximo de falsos positivos. Con el umbral en el grado 1 se disminuyen los falsos positivos en favor de los verdaderos negativos, por tanto se aumenta la especificidad y aparece algún falso negativo.

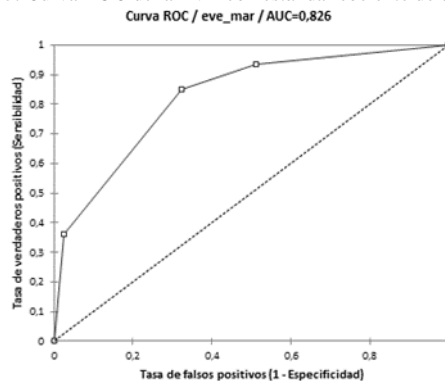
Figura 2. VP, VN, FP y FN de la EVE con estándar cociente de desarrollo



Si se cambia el umbral del grado 1 al grado 2 mejoramos la especificidad de la prueba, pero a costa de disminuir la sensibilidad, aunque ésta queda aún dentro de unos valores aceptables (tasa aceptable mayor del 70%,) la especificidad sigue siendo baja (tasa aceptable mayor del 80%) (García-Primo, Hellendoorn, Charman, y Roeyers, 2014). En el grado 3 apenas existen falsos positivos, pero como contrapartida se tiene el mayor número de falsos negativos, pues es el umbral en el que menos niños se clasifican como dependientes, por lo que es más fácil que no hayamos clasificado como dependientes a niños que lo son.

Otro índice del funcionamiento de la EVE a la hora de clasificar a los menores en situación de dependencia es el área bajo la curva ROC que se muestra en la figura 3. En este caso es de .826 por encima de lo esperable al azar (.5) y dentro de un rango (0,7-0,9, Cerda y Cifuentes, 2012; Passas, 2012) en el que se considera que la prueba es útil para diferenciar entre niños con y sin situación de dependencia.

Figura 3. Curva ROC de la EVE con estándar cociente de desarrollo



Discusión/Conclusiones

Valorar la situación de dependencia no es sólo una cuestión relacionada con las personas de edad, pues los menores de 35 meses pueden requerir apoyo para su desenvolvimiento cuando existen circunstancias de salud (física, mental o sensorial) que favorezcan un retardo en su desarrollo.

Se ha comprobado en la muestra de niños que acuden a un centro de Atención Temprana en Valladolid, que el retardo en el desarrollo infantil, tomando como referencia teórica la CIF-IA (2011), en forma de retraso evolutivo (estimado con la escala Brunet-Lèzine-R), está relacionado con el grado en la situación de dependencia de un menor valorado con la EVE. Existe una coherencia en el grado de dependencia más alto, el severo, pues es más probable que esté asociado a un retraso grave y muy poco probable en un desarrollo adecuado a la madurez del menor.

Se ha encontrado como incoherencia que con un desarrollo evolutivo calificado como normal o próximo a la normalidad se pueda alcanzar un grado 2 de dependencia (dependencia severa). Esto nos puede sugerir o que hay un problema de salud importante o que en la escala se puntuó como dependientes a niños que no deberían serlo, lo que en definitiva puede venir a ratificar las conclusiones e impresiones del estudio preliminar sobre Atención Temprana y dependencia realizado por el GAT (2012), así la EVE puede beneficiar más a unos menores que a otros. Una posible explicación a este hecho la encontramos al analizar los antecedentes de riesgo en el desarrollo de los participantes en el estudio. En concreto en los niños prematuros en los que se estima un desarrollo acorde a su edad cronológica corregida y por tanto adecuado, aunque tengan un desfase o retardo respecto a su edad cronológica, aspecto este que no contempla la EVE; también se ha observado que tienen más probabilidad de puntuar en la variable peso relacionada con la salud. Se trataría, por tanto, de una discriminación positiva que puede favorecer el acceso a un Servicio de Atención Temprana.

Cuando se analiza el Grado 1 (dependencia moderada) como punto de corte la EVE muestra debilidades, particularmente con los falsos positivos (relacionados con la sensibilidad); es decir, con los menores que se consideran en situación de dependencia y no la tienen. Se comprueba con los cálculos de la sensibilidad, especificidad y otros índices de ajuste realizados a través del análisis ROC, que situar el punto de corte en el grado 1 no es la mejor opción para conseguir que la EVE sea eficiente. Se está incluyendo como dependientes a menores que no lo son (en cuanto al criterio de retraso). No obstante se ha comprobado que tiene buena sensibilidad, y que los resultados obtenidos con ella son mejores que los obtenidos por azar (Curva ROC) lo que significa que es eficaz para detectar a niños/as verdaderamente dependientes.

Al analizar lo que pasa con los menores que son dependientes pero no superan el punto de corte (los falsos negativos), se observa que en un 5% de los casos la EVE fallaría al dejarlos fuera de la protección de la Ley, lo que merece especial atención y un análisis más en profundidad.

Si se trata de establecer la mejor relación entre la eficacia y la eficiencia, los datos sugieren que el punto de corte mejor se sitúa en el grado 2. En este caso se consigue que disminuyan los falsos positivos hasta un nivel más aceptable, manteniendo una adecuada sensibilidad.

Se puede afirmar que la EVE es sensible a detectar circunstancia de riesgo en los menores, lo que permite incorporarlos en un programa de atención y es muy probable que favorezca un desarrollo mejor y que se aminoren las consecuencias negativas de esa situación de riesgo en el desarrollo. En definitiva la EVE a través de su sensibilidad y especificidad permite clasificar bien a los niños que tiene dependencia, pero asumir una elevada probabilidad de obtener falsos positivos puede suponer una limitación para su uso, aunque esto dependerá del contexto en el que se utilice. Es una realidad que el ámbito de la Atención Temprana es más amplio que el de la dependencia.

Referencias

- Balbontín, A. (2011). Autonomía personal y situación de Dependencia. Conceptos básicos. En *Servicios para la prevención y atención a la dependencia*. Conferencia llevada a cabo en el Curso AECID, Montevideo, Uruguay.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., y Sanjosé, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Cerda, J., y Cifuentes, L. (2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica. Aspectos teórico-prácticos. *Revista chilena de infectología*, 29(2), 138-141.

- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- De-Linares, C., y Rodríguez, T. (2004). Bases de la intervención familiar en atención temprana. En J. Pérez-López y A. Brito (Eds.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-351). Madrid: Pirámide.
- García-Primo, A., Hellendoorn, A., Charman, T., y Roeyers, H. (2014). Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1005-1021.
- Gobierno de Cantabria (2007). *Valoración de la dependencia de 0 a 3 años*. Disponible en: http://atenciontemprana.com/wpcontent/uploads/2015/09/valoracion_depend_3_anos.pdf
- Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana (2012). *Atención temprana y Dependencia. Estudio Preliminar*. Disponible en: <http://www.sefip.org/ficheros/noticiasbreves/AtencionTempranayDependencia.Estudio%20preliminar.pdf>
- Josse, D. (1997). *Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-Revisada*. Madrid: Psymtéc.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE (299), 44142- 44156.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- OMS (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: Versión para la infancia y adolescencia (CIF-IA)*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81610/1/9789243547329_spa.pdf
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H., y Versieck, K. (2000). *Social Protection for Dependency in Old Age: A study of the fifteen EU Member States and Norway*. Hampshire: Ashgat.
- Padilla, J.L., Gómez, J., Hidalgo, M.J., y Muñiz, J. (2006). La evaluación de las consecuencias del uso de los tests en la teoría de validez. *Psicothema*, 18(2), 307-312.
- Passas, M. (2012). *Cálculo del umbral (GRACE score) en el síndrome coronario agudo mediante curva ROC*. Tesis de maestría. Universidad de Granada, Granada.
- Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en atención temprana*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense, Madrid.
- Pita, S., y Pértegas, S. (2003). Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria*, 10, 120-124.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Disponible en: http://sid.usal.es/ídocs/F8/FDO7174/Discapacidad_dependencia.pdf
- Real Decreto 174/ 2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE. (42), 18567-1869.
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE. (96), 17646-17685.
- Rivero, T., y Salvá, A. (2011). El Baremo para la valoración de las situaciones de Dependencia en España. *Revista Actas para la Dependencia*, 2, 5-28.
- Ruiz, V., Méndez, A., y Echevarría, A. (2007). *Valoración de la Dependencia 0 a 3 años*. Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.
- SPSS (2010). *SPSS, V. 19* (programa informático). Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- Verdugo, M.A., Arias, B., y Navas, P. (2014). La escala de diagnóstico de conducta adaptativa (DABS): Aplicaciones prácticas. *Siglo cero*, 45(1), 8-23.
- Viforcós, M., Arias, B., e Iurtia, M. (2016). *Valoración de la situación de dependencia infantil: Análisis de la Escala de Valoración Específica (EVE) en menores de tres años*. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid, Valladolid.

CAPÍTULO 53

El nivel de actividad física/sedentarismo y su relación con los días de enfermedad en la población adulta y adulta-mayor

Juan Antonio Corral Pernía, Carolina Castañeda Vázquez, y Fátima Chacón Borrego
Universidad de Sevilla

Introducción

La literatura científica recoge los beneficios que aporta la práctica de actividad física (AF), de ahí que se desarrollen actuaciones para dar a conocer la importancia de la misma y del deporte como parte del conjunto de actividades promotoras de la salud y de la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT). Concretamente, este trabajo se centra en explorar la posible relación de los días de enfermedad durante un año, con el nivel AF y el sedentarismo.

Así, pues, dado que la realización de una AF suficiente y de forma regular es un gran factor de promoción y mantenimiento de una buena salud, la OMS (2010) elabora las “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud”, con el objetivo general de proporcionar una orientación clara sobre la relación dosis-respuesta entre frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física y prevención de las ENT.

De esta manera, el Ministerio de Sanidad, Sociales e Igualdad (2015a), también elabora, con su grupo de trabajo conjunto del sector sanitario y el sector deportivo, una serie de recomendaciones para la población en el marco de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, al igual que lo hizo la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Muñoz y Delgado, 2010).

Dichas recomendaciones (U.S. Department of Health and Human Services, 2008; Muñoz y Delgado, 2010; OMS., 2010 y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) están formuladas en función de las edades de los sujetos, por lo que vamos a exponer las especificadas para los grupos de población objeto del presente trabajo, los adultos (18 a 64 años) y los adultos mayores (de 65 años en adelante), puesto que son necesarias para contrastarlas con nuestros resultados y poder dilucidar quiénes atienden a las mismas:

Tabla 1. Resumen de recomendaciones sobre actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla (Ministerio de Sanidad S. S., Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población.

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2015a)				
Grupos de edad	Recomendaciones de actividad física	Observaciones	Reducir el sedentarismo	Limitar el tiempo de pantalla
Personas adultas	Al menos 150 minutos de actividad moderada a la semana o 75 minutos de actividad vigorosa a la semana o una combinación equivalente de las anteriores. Estas recomendaciones pueden alcanzarse sumando períodos de al menos 10 minutos seguidos cada uno.	Realizar, al menos 2 días a la semana, actividades de fortalecimiento muscular y mejora de la masa ósea y actividades para mejorar la flexibilidad. Los mayores de 65 años, especialmente con dificultades de movilidad: al menos 3 días a la semana, realizar actividades de fortalecimiento muscular y para mejorar el equilibrio.	Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo. Fomentar el transporte activo.	Limitar el tiempo delante de una pantalla.

Por otra parte, también cabe resaltar las citadas recomendaciones dada la gran evidencia de sedentarismo en la sociedad en la que vivimos, donde nos encontramos estudios como los de Patel et al. (2010), durante los años 1993 y 2006, en el que concluyeron que las mujeres que pasaban más de seis horas diarias sentadas al día tenían un 37% más de probabilidades de morir en dicho periodo que aquellas que estaban sentadas menos de tres horas. Dicho riesgo de mortalidad era un 18% mayor en el caso de los hombres.

Ante dicha situación cabe indicar la importancia que tiene el sedentarismo, entendido como tiempo que permanece la persona sentada y no como equivalente de realizar poca actividad física. Dicha importancia recae en su relación con la salud, independientemente de la AF que realicemos, puesto que existe una relación directa entre el tiempo que permanecemos sentados con la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por toda causa en ambos sexos (Patel et al., 2010; Stamatakis, Hamer, y Dunstan, 2011).

Asimismo, existe evidencia científica que señala a la conducta sedentaria (CS) en adolescentes como predictor de obesidad y diabetes mellitus en la edad adulta definida en el estudio AFINOS (Martínez-Gómez et al., 2010).

Resultados de otros estudios muestran que los trabajadores más sedentarios presentan parámetros inflamatorios y de resistencia a la insulina de manera independiente de la AF, de ahí que tengan a su vez un riesgo mayor de padecer una enfermedad cardiovascular que aquellas personas que pasan menos horas sentadas (León-Latre et al., 2014). Por ello, adquiere aun mayor importancia la puesta en marcha de políticas que desarrollen buenos hábitos de práctica de AF y deporte, que permitan a su vez concienciar a la población para reducir los tiempos de sedentarismo.

Una muestra de dicha conducta, son los resultados obtenidos en España en las “Encuestas Nacionales de Salud”, analizadas por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Sanidad S.S., 2015b), quienes nos indican la prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en adultos, entendiendo por sedentarismo que la persona declara no practicar normalmente ejercicio físico en el tiempo libre. Para ello, realizan una comparativa entre las encuestas llevadas a cabo desde el año 1993 hasta las desarrolladas en el año 2011-12, encontrando una diferencia entre el año 2006 y 2011 de un 5,28% más de sedentarismo en la población adulta (año 2006: 39,70%; 2011-12: 44,98%), aunque en el año 2016 muestra una bajada del sedentarismo al 36,7% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), lo que supone un 8,28% menos (Tabla 2). Ante estos mismos estudios, si comparamos los resultados desde el año 2006 hasta el año 2016, podemos observar una mayor prevalencia de sedentarismo en las mujeres, siendo los hombres, de entre 18 a 44 años, quienes presentaban un menor índice de sedentarismo con respecto al resto de tramos de edad hasta el año 2011, dado que en el año 2016 existe una mayor prevalencia de sedentarismo en las mujeres en todos los intervalos de edad.

Tabla 2. Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en adultos según sexo y edad. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

	Hombres			Mujeres		
	2016	2011-12	2006	2016	2011-12	2006
18-24 años	18,0*	24,04	30,76	35,9*	52,11	45,38
25-34 años	25,1	35,02	35,88	40,1	48,04	44,51
35-44 años	30,3	38,95	43,34	39,7	50,22	45,73
45-54 años	35,9	46,27	42,09	38,1	45,65	37,42
55-64 años	33,8	43,15	37,78	38,3	43,48	36,09
65-74 años	30,1	36,03	24,95	37,5	47,52	35,71
75 y más años	53,55	53,18	32,85	72,0	66,65	52,79
Total	31,1	39,66	36,85	42,0	50,01	42,44

Nota. *Valores de sedentarismo en la población de 15 a 24 años.

Del mismo modo, indicar que las Comunidades Autónomas que presentaron porcentajes de sedentarismo significativamente más elevados que el resto en el año 2011 son: Andalucía, Cantabria, Castilla la Mancha, Galicia y Murcia, siendo más frecuente en mujeres que en hombres en todas ellas excepto en Ceuta y Melilla (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Sin embargo, en el año 2016, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), Castilla la Mancha y Murcia se sitúan en torno al 45% de sedentarismo, mientras que Canarias, Baleares, Navarra y La Rioja son las que menor porcentaje de sedentarismo recogen, siendo inferior al 30%.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 1002 sujetos del municipio de Sevilla mayores de edad, siendo la muestra aleatoria y estratificada por cuotas de edad ($n=125$ entre 18 y 24 años; $n=408$ de 25 y 44 años; $n=295$ de 45 a 64 años y $n=174$ de mayores de 65 años), sexo ($n=471$ hombres y $n=531$ mujeres) y distritos municipales (11 distritos). Se estableció un nivel de confianza del 95,5%, y en el caso más desfavorable de la máxima dispersión para cuestionarios de tipo dicotómico $p=q=1/2$, el máximo error de muestreo es del 3,01%.

Instrumento

Para la evaluación de la AF se utilizó el IPAQ versión corta, y para la variable de días de enfermedad dos ítems del cuestionario elaborado a partir del Proyecto Compas (2000), por el Grupo IKERKI (Arribas, Gil-de-Montes, y Arruza, 2006).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó mediante entrevista personalizada, por aproximación domiciliaria. Dicha recogida fue realizada por empresa Nexo, S. Coop.; una vez determinados los puntos de muestreo se establecieron como criterios de exclusión, entrevistar en zonas cercanas a instalaciones deportivas, paradas o estaciones de transporte público, o centros escolares, e incluir a las personas con residencia en el distrito asignado para la encuestación y cumplir las cuotas de edad y sexo establecidas.

Análisis de datos

Para poder analizar los datos obtenidos en el cuestionario IPAQ, se creó un índice categórico de actividad física dando lugar a tres grupos de actividad física según instrucciones de IPAQ (Delgado, Tercedor, y Soto, 2008):

- Nivel medio (categoría 2 moderada) de actividad física que cumplen los siguientes criterios:
 - a) 3 días o más de actividad física vigorosa de al menos 20 minutos.
 - b) 5 o más días de actividad física moderada o caminar al menos 30 minutos por día.
 - c) 5 o más días de algunas de las combinaciones anteriores, tales como caminar, actividad física moderada o vigorosa llegando al menos a 600 met-minutos a la semana (índice de gasto de energía).
- Nivel alto (categoría 3 alta) de actividad física se crea a partir de los siguientes criterios:
 - a) actividad vigorosa de al menos 3 días, llegando como mínimo a 1500 met-minutos a la semana.
 - b) 7 o más días de combinación de caminar, actividad física moderada o vigorosa, llegando a un mínimo de actividad física total semanal de 3000 met-minutos.
- Nivel bajo (categoría 1 baja), se crea por exclusión, es decir, se trata del grupo que no cumple los criterios anteriores.

Así, pues, una vez configuradas las categorías mencionadas y los cálculos planteados, todos los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 24.0. (SPSS, Inc., Chicago, IL).

La normalidad de los datos fue testada inicialmente usando el test de Kolgomorov-Smirnov con corrección de Lillifors. Presentamos la estadística descriptiva como media y desviación estándar (DE) para las variables continuas y en términos de porcentajes para las variables categóricas. Las diferencias entre los diferentes grupos fueron testadas mediante el test U de Mann Whitney o bien mediante el test de Kruskal-Wallis cuando una variable tenía más de dos grupos.

Para las variables categóricas utilizamos el test de chi cuadrado. Realizamos correlaciones bivariadas reportando el coeficiente de correlación de Spearman para testar el nivel y la dirección de relación entre las diferentes variables del estudio. El nivel de correlación fue establecido atendiendo a las recomendaciones de Pulver, Bartko, y McGrath (1988), por el que un nivel comprendido entre 0,1 y 0,29 será considerado bajo; un nivel de entre 0,3 y 0,49 será considerado moderado y un nivel mayor de 0,5 será considerado alto (Cohen, 1988).

Resultados

Al estratificar los resultados de cantidad de actividad física y sedentarismo en las tres categorías (nivel de AF alto, medio y bajo), nos encontramos que los mayores porcentajes de práctica se sitúan en el nivel medio de AF, seguido del nivel alto y bajo, no existiendo diferencias significativas según el sexo, excepto en el nivel medio (65,9% de las mujeres frente al 59,3% de los hombres), y es en esta categoría donde hay mayores porcentajes de mujeres, puesto que, en el resto (bajo y alto nivel), es el hombre el que presenta mayores porcentajes (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de actividad física evaluado con el cuestionario IPAQ de la población sevillana adulta y adulta mayor estratificado por sexo*

Nivel de Actividad Física	Sexo		p ^a
	Hombre	Mujer	
Nivel Bajo de Actividad Física	13,9	12,9	,684
Nivel Medio de Actividad Física	59,3	65,9	,045
Nivel Alto de Actividad Física	26,8	21,2	,073

Nota. *Valores expresados en porcentajes (%); pa: significación de p arrojada desde el test estadístico chi square.

Ahora bien, en cuanto a los minutos totales en los que los sujetos estudiados permanecen sentados cabe reseñar que, aun no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres (pa: ,220), son los hombres los que mayor tiempo pasan sentados con un total de 2799,03 (DE 5109,89) minutos y las mujeres con un total de 2607,27 (4724,01) minutos. Estos datos se traducen en una estimación de que el hombre pasa 6,66 horas al día sentado, frente a las 6,20 horas que pasa la mujer.

Respecto a los días en los que la población adulta y adulta-mayor ha estado enferma durante los últimos doce meses presenta una media de 20,44 (58,05) días, siendo 14,46 (53,07) los días en los que dicha población se ausentó de su ocupación habitual por razones de enfermedad, lo que representa el 69,32% de media.

No se han obtenido diferencias significativas de esta variable según el sexo, donde las mujeres han representado una media de 21,97 (61,85) días y los hombres de 18,71 (53,45) días.

Asimismo, podemos indicar que, de los días citados anteriormente, las mujeres se han ausentado de su ocupación habitual el 63,13% de los días y los hombres el 77,28%, no presentando diferencias significativas.

Tabla 4. Días de enfermedad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por sexo* (n=1002)

	Sexo		P ^a
	Hombre	Mujer	
Días de enfermedad	18,71 (53,45)	21,97 (61,85)	,364
Días de ausencia por enfermedad	14,46 (53,07)	13,91 (46,21)	,725

Nota. *Valores expresados como Media (DE); Pa: significación de p arrojada desde el test estadístico U-Mann Whitney.

En cambio, sí podemos observar que existen diferencias muy significativas según los intervalos de edad, según lo cual las personas mayores de 64 años indican haber estado enfermas una media de 28,04 (61,44) días, siendo las personas de 25-44 años las que menos días han estado enfermas (15,96 [49,59] días).

Ahora bien, si atendemos a los días en los que se han ausentado de su ocupación habitual, observamos igualmente que son las personas mayores de 64 años las que más días lo han hecho, con una media de 18,80 (56,29) días y, por el contrario, los que menos días lo han hecho son las personas de 25-44 años, con una media de 12,16 (47,01) días.

Tabla 5. Días de enfermedad de la población sevillana adulta y adulta-mayor durante el último año y ausencia en la ocupación habitual por enfermedad estratificado por intervalo de edad* (n=1002)

	Total	Intervalo de edad			P ^a	
		18-24	25-44	45-64		>64
Días de enfermedad	20,44 (58,05)	16,35 (38,43)	15,96 (49,59)	23,88 (71,70)	28,04 (61,44)	<,001
Días de ausencia por enfermedad	14,17 (49,52)	12,85 (37,99)	12,16 (47,01)	14,76 (52,85)	18,80 (56,29)	,001

Nota. *Valores expresados como Media (DE); Pa: significación de p arrojada desde el test estadístico Kruskal Wallis.

Si analizamos el porcentaje de días que se han ausentado, según los días que han estado enfermos, observamos que son las personas de 18-24 años las que mayor porcentaje presentan, de manera que se han ausentado el 78,59% de los días que han estado enfermos. Le siguen los adultos de 25-44 años, los mayores de 64 años y los adultos de 45-64 años, ausentándose el 76,19%, el 67,04% y el 61,8% de los días respectivamente.

Los días de enfermedad durante el último año, junto con los días en los que la enfermedad impidió asistir a la ocupación habitual presentan una correlación significativa ($p < 0,001$) inversa, de baja magnitud con el nivel bajo de AF.

Tabla 6. Correlación de Spearman entre el nivel de actividad física medido con el cuestionario IPAQ y enfermedad en población sevillana adulta y adulta mayor (n=1002)

Enfermedad	Categoría IPAQ	Nivel bajo de AF	Nivel medio de AF	Nivel alto de AF
Días enfermo/a	-,224**	-,195**	-,009	,164**
Días de baja por enfermedad	-,210**	-,196**	,010	,144**

Nota. *La correlación es significativa a nivel de 0.05; ** la correlación es significativa a nivel de 0.001.

Sin embargo, ambas variables presentan una correlación significativa ($p < 0,001$) positiva, de magnitud baja, con un nivel alto de AF.

En cuanto a los minutos totales sentados, podemos decir que presenta una correlación significativa ($p < 0,001$) positiva de baja magnitud, tanto con el número de días de enfermedad (,197), así como los días de ausencia de la ocupación habitual por enfermedad (,169).

Discusión/Conclusiones

Atendiendo a los resultados expuestos, hemos constatado la relación entre el nivel bajo de AF y el número de días de enfermedad junto con el número de bajas laborales al igual que estudios como los de Arribas, Gil-de-Montes, y Arruza (2011), por lo que existe una CS en la población general, que nos indica a su vez la necesidad de distinguir entre inactividad física y sedentarismo.

También hemos observado relaciones entre la edad, un nivel alto de AF, el número de días que han estado enfermos durante un año, y, por tanto, también con el número de ausencias a su ocupación laboral, pudiendo justificarse por un lado que la edad es una de las principales variables que explica la relación entre actividad y bienestar, tal y como exponen Arribas, Gil-de-Montes, y Arruza (2011), así como con la probabilidad de lesionarse que tienen los sujetos más activos (Carlson et al., 2006), sin tener por qué existir una correlación entre los días que ha podido estar enfermo o lesionado con la adherencia o no a la práctica físico-deportiva (Flores, Ruiz, y García, 2009).

Por otro lado, si tenemos en cuenta los resultados obtenidos relativos al sedentarismo, teniendo en cuenta los minutos en los que la población permanece sentada, éstos nos indican a nivel general que la población presenta a su vez una CS, entendiendo por ella que los sujetos permanecen más de 6 horas sentados al día.

Hemos hallado dicha conducta sedentaria tanto en hombres como en mujeres, siendo superior en nuestro estudio en los hombres, al igual que en el estudio de Arribas, Gil-de-Montes, y Arruza (2011), Ministerio de Sanidad, S.S. e Igualdad (2016) y Ruiz, De-Vicente, y Vegara (2012), aunque en este último se concluye que las mujeres no superaban las seis horas sentadas al día, por lo que no reflejan una CS. No obstante, existen otros estudios en los que se refleja una mayor prevalencia en la falta de actividad física y conductas sedentarias en las mujeres (Lavielle-Sotomayor, Pineda-Aquino, Jáuregui-Jiménez, y Castillo-Trejo, 2014; Perula-de-Torres et al., 1998; Eaton, Nafziger, Strogatz, y Pearson, 1994; Bauman, Owen, y Rushworth, 1990), pudiendo corresponderse con los estereotipos y creencias socioculturales, el grado de motivación y tiempo invertido en su práctica, según lo expuesto por García, Matute, Tifner, Gallizo, y Gil-Lacruz (2007).

Atendiendo a que la salud puede verse afectada por la actividad física y por la conducta sedentaria, debemos tratar cada conducta de manera independiente; por un lado, los beneficios de una actividad física regular, y, por otro, el riesgo de estar mucho tiempo sentado (Ekblom-Bak, Hellénus, y Ekblom, 2010). Una muestra de ello es cómo la población de 18-24 años de nuestro estudio no plantea un elevado porcentaje de nivel bajo de AF, mientras que sí muestra una conducta sedentaria, ya que consideramos que el estudiar es una de las actividades predominantes en este grupo de edad, siendo a su vez una de las ocupaciones más sedentarias.

De esta manera podemos concluir que una de cada siete personas de la población adulta y adulta mayor de la población de Sevilla no atiende a las recomendaciones de práctica saludable, así como que los diferentes niveles de actividad física presentan una relación con los días de enfermedad y días de baja por enfermedad, de manera que las personas que presentan un nivel bajo de AF, más días pasan enfermos y de baja en su ocupación, aunque ocurre lo mismo con las personas que presentan un nivel alto, posiblemente como consecuencia de lesiones.

Todo ello debe considerarse en una sociedad en la que el gasto público en sanidad baja del 6% del PIB según la “Actualización del Programa de Estabilidad” para el periodo 2017-2020, teniendo en cuenta que más estudios son necesarios al respecto, para a su vez poder estimar el beneficio económico que reportaría al gasto sanitario reducir los tiempos de inactividad física y de sedentarismo, puesto que la actividad física podría actuar como factor protector, tal y como señalan Martínez-López y Saldarriaga-Franco (2008) y Pelletier, Boles, y Lynch (2004), quienes resaltaron que la población sedentaria se incapacita con mayor frecuencia y durante más tiempo que los cotizantes físicamente activos, a pesar de tener mayores promedios de edad.

Referencias

- Actualización del Programa de Estabilidad. Reino de España. 2017-2020. Recuperado en 10 de octubre de 2017, de http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/170503_np_estabilidad.pdf
- Arribas, S., Gil-de-Montes, L., y Arruza, A. (2011). *Panorámica de la práctica física y deportiva en Gipuzcoa*. Gipuzcoa: Universidad del País Vasco.
- Arribas, S., Gil-de-Montes, L., y Arruza, J.A. (2006). *La práctica de actividad física y deporte de la población adulta de Gipuzkoa*.
- Bauman, A., Owen, N., y Rushworth, R. (1990). Recent trends and socio-demographic determinants of exercise participation in Australia. *Community Health Study*, 14, 19-26.
- Carlson, S.A., Hootman, J.M., Powell, K.E., Macera, C.A., Heath, G.W., Gilchrist, J., y Kohl, H.W. (2006). Self-reported injury and physical activity levels: United States 2000 to 2002. *Annals of Epidemiology*, 16(9), 712-719.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioural Sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- COMPASS (1999). *Sports participation in Europe. A joint CONI, UK Sport, Sport England initiative (Contributor- Statistical analysis)*.
- Delgado, M., Tercedor, P., y Soto, V.M. (2008). *Traducción de las Guías para el Procesamiento de Datos y Análisis del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ)*. Versiones Corta y Larga. Obtenido de IPAQ: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/IPAQ_Guia_Traducida.pdf
- Eaton, C., Nafziger, A., Strogatz, D., y Pearson, T. (1994). Self reported physical activity in a rural county: A New York County Health Census. *American Journal of Public Health*, 84, 29-32.
- Eklblom-Bak, E., Hellénus, M.L., y Ekblom, B. (2010). Are we facing a new paradigm of inactivity physiology? *British Journal of Sports Medicine*, 44, 834-835.
- Flores, G., Ruiz, F. y García, M.E. (2009). Relación de algunos correlatos biológicos y demográficos con la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios. El caso de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 5(14), 59-80.
- García, Y., Matute, S., Tifner, S., Gallizo, M.E., y Gil-Lacruz, M. (2007). Sedentarismo y percepción de salud: Diferencias de género en una muestra aragonesa. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7(28), 344-358.
- Lavielle-Sotomayor, P., Pineda-Aquino, V., Jáuregui-Jiménez, O., y Castillo-Trejo, M. (2014). Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. *Revista de salud pública*, 16(2), 161-172.
- León-Latre, M., Moreno-Franco, B., Andrés-Esteban, E.M., Ledesma, M., Laclaustra, M., Alcalde, V., y Casanovas, J.A. (2014). Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. *Revista Española de Cardiología*, 67(6), 449-455.
- Martínez-Gómez, D., Eisenmann, J.C., Gómez-Martínez, S., Veses, A., Marcos, A., y Veiga, O. L. (2010). Sedentarismo, adiposidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Estudio AFINOS. *Revista Española de Cardiología*, 63, 277-285.
- Martínez-López, E., y Saldarriaga-Franco, J. (2008). Inactividad física y ausentismo en el ámbito laboral. *Revista de Salud Pública*, 10(2), 227-238. Recuperado en 10 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200003&lng=es&tlng=es
- Ministerio de Sanidad, S.S. (2014). *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Actividad física, descanso y ocio*. Serie Informes monográficos nº 4. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, S.S. (2015a). *Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población*. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid
- Ministerio de Sanidad, S.S. (2015b). *Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición*. Obtenido de Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Disponible en: <http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.htm>
- Ministerio de Sanidad, S.S. (2016). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Hábitos de vida: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Muñoz, J., y Delgado, M. (2010). *Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física*. Consejería de Salud: Junta de Andalucía.
- Organización Mundial para la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: OMS.

Patel, A., Bernstein, L., Deka, A., Feigelson, H., Campbell, T., Gapstur, S., y Thun, M.J. (2010). Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. *American Journal of Epidemiology*, 172, 419-429.

Pelletier, B., Boles, M., y Lynch, W. (2004). Change in health risks and work productivity over time. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), 746-754.

Perula, L.Á., LLuch, C., Ruiz, R., Espejo, J., Tapia, G., y Mengual, P. (1998). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas en escolares cordobeses. *Revista Española de Salud Pública*, 72(3), 233-244.

Pulver, A.E., Bartko, J.J., y McGrath, J.A. (1988). The power of analysis: statistical perspectives. Part 1. *Psychiatry Research*, 23(3), 295-299.

Ruiz, G., De-Vicente, E., y Vegara, J. (2012). Comportamiento sedentario y niveles de actividad física en una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios. *Journal of Sport and Health Research*, 4(1), 83-92.

Stamatakis, E., Hamer, M., y Dunstan, D. (2011). Screen-Based Entertainment Time, All-Cause Mortality, and Cardiovascular Events: Population-Based Study with Ongoing Mortality and Hospital Events Follow-Up. *Journal of the American College of Cardiology*, 57, 292-299.

U.S. Department of Health and Human Services (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Disponible en: www.health.gov/paguidelines.

CAPÍTULO 54

El efecto stroop: Una APP diseñada para el entrenamiento habilidades cognitivas de dominio general

Carlos Mera Cantillo

Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz

Introducción

En la actualidad, las matemáticas siguen siendo una de las asignaturas más difíciles para los estudiantes de nuestro país. De hecho, según datos del último informe PISA (2015) en cuanto al desempeño de nuestros alumnos en matemáticas, aparecen puntuaciones claramente inferiores a la media de otros países con el mismo nivel socioeconómico. De esta forma, los resultados de estudiantes españoles presentan diferencias considerables con respecto al promedio de los de otros países de la OCDE. Recientemente, uno de los mayores grupos de recursos humanos y empleo de nuestro país, ha presentado un nuevo documento que viene a informarnos que el futuro del empleo, y el bienestar de nuestros hijos, pasa por la tecnología, la ciencia, las ingenierías y las matemáticas, si bien, los jóvenes españoles se decantan en mayor medida por las carreras de letras con menos salidas profesionales dando así la espalda a los números (Ranstard, 2016). Además de esto, una proporción significativa de alumnado presenta problemas graves con operaciones aritméticas, siendo identificados como alumnos con dificultades de aprendizaje matemático, o discalculia (Desoete, Roeyers, y DeClercq, 2004). Para conocer sus perfiles cognitivos y las posibilidades de rehabilitación, se han propuesto varias tipologías de niños con discalculia (Bartelet, Ansari, Vaessen, y Blomert, 2014; Geary, 2004; Von Aster, 2000; Ise y Schulte-Körne, 2013). La investigación ha establecido que el conocimiento matemático temprano de los niños predice fuertemente su éxito posterior en matemáticas (Sarama y Clements, 2009). Es importante tener en cuenta que el desarrollo matemático del niño en la etapa preescolar predice su rendimiento posterior incluso en la enseñanza universitaria. También predice el logro posterior en lectura incluso mejor que las habilidades de lectura temprana (Solsona, Navarro, y Aguilar, 2009). De hecho, la investigación muestra que un buen desarrollo matemático aumenta las habilidades de lenguaje (Denton y West, 2002; Sarama, Lange, Clements, y Wolfe, 2012). Las destrezas matemáticas y cognitivas son un elemento clave para el desarrollo de los países y el crecimiento económico (Hanushek y Woessmann, 2008; OECD, 2016; Okan, García-Retamero, y Muñoz, 2015; Schrøter-Joensen y SkytNielsen, 2010). Debido a la relación que existe entre los problemas de aprendizaje en matemática temprana y el posterior desarrollo académico y profesional del niño, es especialmente importante intentar comprender mejor las señales tempranas de las dificultades de aprendizaje matemático, tanto para la prevención como para la intervención, ya que los problemas asociados a estas dificultades son persistentes en el tiempo (Shalev, Manor, y Gross-Tsur, 2005). Dada, la importancia de las matemáticas para el éxito académico en todas las materias, todos los niños necesitan adquirir y desarrollar un conocimiento sólido de las matemáticas en sus primeros años de escolarización.

Los estudios en psicología cognitiva y del desarrollo siguen centrados en el estudio de los factores cognitivos asociados al aprendizaje de la matemática temprana desde dos líneas de investigación. Una primera línea se centra principalmente en los denominados precursores de *dominio general*, tales como la memoria de trabajo (Baddeley y Hitch, 1974; Baddeley, 2000), la memoria a corto plazo, la velocidad de procesamiento y la inteligencia. Estos procesos cognitivos se consideran precursores de la competencia matemática, además de predecir otras destrezas relacionadas con diversas materias educativas (Aragón, Navarro, Aguilar, y Cerda, 2015; Cirino, 2011; Gullick, Sprute, y Temple, 2011; Navarro et al., 2011;

Nayfeld, Fuccillo, y Greenfield, 2013; Passolunghi y Lanfranchi, 2012; Purpura y Ganley, 2014; Sierra y Ocampo, 2013). Por otro lado, una segunda línea se basa en el estudio de los denominados precursores de *dominio específico* de la habilidad matemática, generalmente agrupados bajo el constructo “sentido numérico” (Cowan y Powell, 2014; Geary, Hamson, y Hoard, 2000; Hannula, Lepola, y Lehtinen, 2010; Krajewski y Schneider, 2009; Kroesbergen, Van Luit, Van Lieshout, Van Loosbroek, y Van de Rijt, 2009). Un déficit en el sentido numérico sería una de las causas principales de la aparición de Dificultades de Aprendizaje Matemático (DAM) (Butterworth, 2010; Van Viersen, Slot, Kroesbergen, Van't Noordende, y Leseman, 2013). Se han considerado varios componentes del sentido numérico como factor clave en el desarrollo de la habilidad matemática o la falta de la misma, tal como el sentido simbólico y/o no simbólico del número (De Smedt y Gilmore, 2011; Mussolin, Mejías, y Noël, 2010; Sasanguie, Van den Bussche, y Reynvoet 2012), o la relación entre estos dos sistemas cuantitativos (Kolkman, Kroesbergen, y Leseman, 2013; Rousselle y Noël, 2007).

Por otro lado, una de las habilidades fundamentales para la adquisición y desarrollo matemático a edades tempranas es la inhibición, definida como el proceso cognitivo que permite el control de la interferencia de la información irrelevante para el logro de metas u objetivos que resultan prioritarios (Hofmann, Vohs, y Baumeister, 2012). La inhibición se sitúa dentro del marco del modelo teórico de memoria de trabajo de Baddeley y Hitch (1974), concretamente, la capacidad de inhibir es una de las funciones del ejecutivo central, responsable del control y la regulación de los procesos cognitivos. Para el desarrollo de la capacidad matemática es importante aprender a discriminar entre información relevante e innecesaria (Miyake et al., 2000) y poder así realizar con éxito los problemas matemáticos. Uno de los tipos de inhibición voluntaria es la considerada inhibición cognitiva (Nigg, 2000). El control inhibitorio cognitivo es utilizado en la solución de problemas aritméticos redactados para discriminar entre la información verbal relevante y aquella que es irrelevante para solucionar el mismo. La información verbal relevante es utilizada para solucionar el problema, mientras que la irrelevante es suprimida de la memoria de trabajo evitando al sujeto distraerse con ésta (Marzocchi et al., 2002; Passolunghi et al., 2005). Para comprender el proceso de inhibición cognitiva, es necesario describir dos conceptos básicos como facilitación, considerada como una condición que produce una disminución en el tiempo de respuesta, y la interferencia, que responde a la manipulación que resulta en un incremento del mismo. Una de las tareas que genera un evidente efecto de interferencia es la tarea Stroop (1935), en la cual, la persona debe nombrar el color en que está escrita una palabra e ignorar su lectura, pero la palabra y el color en el que está escrita son incompatibles (la palabra *rojo* aparece escrita en color verde).

Por otro lado, el uso del ordenador como herramienta educativa es previo a la aparición de los ordenadores personales. Ya en los años 60, se desarrollaron programas educativos e incluso lenguajes de programación como Logo y Pilot. La llegada de los ordenadores personales y la rápida caída de los precios hizo posible su presencia en centros educativos a finales de los 80. La evolución de los sistemas facilitó su uso y por tanto el acceso a la mayor parte de la población. Pero la inclusión de internet es la pieza definitiva que ha permitido que en muchos hogares haya algún ordenador. El rápido acceso a una cantidad inmensa de información y las amplias posibilidades de intercambio de la misma ha generado en los usuarios la posibilidad de llevar consigo dispositivos para su gestión.

Otro gran despegue se produjo con el desarrollo de la tableta iPad por *Apple*. También el software, los programas y datos, están lógicamente sufriendo una importante transformación debido a que los dispositivos móviles actuales poseen microprocesadores y capacidades inferiores a los ordenadores personales. Esto ha dado origen a las actuales APPs, es decir, programas informáticos diseñados para tareas muy específicas con el fin de reducir el volumen de memoria ocupada.

Desde su primer lanzamiento en 2010, iPads y sus APPs se han popularizado en todo el mundo con una amplia gama de usuarios, incluyendo niños preescolares (Costello, 2012). Sin embargo, hay poca investigación empírica que aborda el valor educativo y el impacto de las aplicaciones de iPad que se anuncian como "educativas". Falloon's (2013) en un estudio reciente ha investigado las características de

diseño y contenido de aplicaciones de iPad seleccionadas en relación con las vías de aprendizaje de niños de cinco años y concluyó que los investigadores y desarrolladores necesitan trabajar juntos para mejorar el valor educativo de las aplicaciones de iPad para niños. De acuerdo con esa premisa nuestro grupo de investigación ha validado software de evaluación e intervención, a partir de proyectos de investigación previos. En efecto, la evaluación computarizada del sentido numérico es ya posible a partir de la versión española del Early Numeracy Test-R estandarizado en nuestro país (Araújo, 2014). Asimismo, se han logrado mejoras en el rendimiento matemático a corta edad a partir de entrenar al alumnado en riesgo con el software “*Jugando con Números I y II*” (Aragón et al., 2014; Navarro et al., 2010). Determinar el valor educativo de las apps para estos nuevos dispositivos se presenta como una premisa importante debido a la disponibilidad y popularidad de los dispositivos móviles y Ipad entre los niños pequeños, su uso en muchas escuelas preescolares occidentales (Butkus, 2012) y la demanda constante para que los educadores integren mejor la tecnología en el currículo y de este modo fomentar el compromiso activo y el pensamiento de los niños pequeños (Couse y Chen, 2010).

Aspectos técnicos

Para llevar a cabo el desarrollo de la parte interactiva de las Apps de matemáticas se basa en la tecnología Web actual, es decir en HTML5, CSS y JavaScript.

En los últimos años se han estandarizado los navegadores web, a diferencia de las pretensiones propietarias de años anteriores. Este hecho ha provocado en gran medida que JavaScript se haya convertido en uno de los lenguajes de programación más importantes. JavaScript es un lenguaje interpretado, cada vez que se ejecuta un programa o script, este debe traducirse o interpretarse a códigos reconocibles por el microprocesador. Estos programas JavaScript son menos eficientes que los desarrollados con compiladores, en los que el código una vez traducido o compilado, se almacena en archivos que pueden ser ejecutados sin necesidad de conversión alguna. La gran ventaja de JavaScript reside en que su intérprete viene incorporado en los navegadores Web y traduce específicamente para el sistema operativo de la plataforma en la que se está ejecutando. De este modo, un único desarrollo que cumpla los estándares del lenguaje puede ser ejecutado en cualquier navegador de cualquier plataforma y sistema operativo que siga dichos estándares.

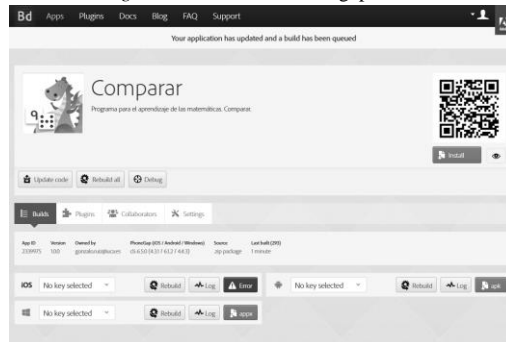
En base a esta estandarización se han desarrollado cientos de entornos de trabajo o frameworks basados en JavaScript, generalmente dedicados a actividades muy específicas dentro de la programación. El framework CreateJS toma como modelo el software de autor Adobe Flash, actualmente desaconsejado y en fase de desaparición, pero con el que hemos desarrollado mucho software educativo en el pasado. Partir de estos conocimientos nos proporciona muchas ventajas, facilitando y acelerando nuestros desarrollos, fundamentalmente en la gestión de imágenes, animaciones y sonidos, medias que conforman el núcleo principal de las aplicaciones que pretendemos desarrollar. CreateJS está dividido en 4 partes cada una con un cometido diferente:

1. EaselJS. Es el más importante porque facilita toda la tarea de gestión gráfica.
2. TweenJS. Específico para animaciones y transiciones.
3. SoundJS. Específico para la gestión del sonido.
4. PreloadJS. Orientado a la precarga de los medias, ya que al estar ejecutándose los programas en Internet debemos asegurarnos de que los recursos han sido descargados antes de que sean necesarios.

Otra repercusión de la estandarización de Javascript, junto a HTML5 y CSS3, es la aparición de frameworks para la conversión de aplicaciones Web, creadas con estos lenguajes, en Apps totalmente funcionales para dispositivos móviles de las plataformas más extendidas. Apache Cordova es una solución de software *open source* para la realización de estas tareas de conversión a Apps, no es la única pero posiblemente es la más extendida. En nuestros desarrollos usamos Adobe Phonegap, una distribución de Apache Cordova. Actualmente la única diferencia que se aprecia entre ambos es el nombre, lo que genera en la comunidad tecnológica cierta confusión, pero Adobe se ha reservado la

posibilidad de incorporar elementos que conecten con sus servicios, generalmente de pago, y esta circunstancia no está permitida en la mayoría de las licencias de software libre. Uno de estos elementos es Adobe Phonegap Build, una aplicación online que permite el empaquetado de Apps directamente en la nube facilitando el proceso de conversión. Esta aplicación está disponible al 100% para los suscriptores de Adobe Creative Cloud. Con Phonegap Build, de un modo sencillo, logramos ampliar la distribución de nuestras aplicaciones a una amplia colección de dispositivos como son los smartphones y las tabletas, partiendo de un único desarrollo y casi sin modificaciones (ver figura 1).

Figura 1. Interfaz de Phonegap Build



El almacenamiento remoto de datos se realiza en bases de datos relacionales con la interfaz MySQLi (MySQL Improvement extension) utilizando Ajax y PHP como lenguajes para la conexión y la gestión de datos.

Los medios

Los aspectos gráficos de la aplicación han sido desarrollados mediante Adobe Illustrator, con lo cual son originalmente de naturaleza vectorial. La complejidad de algunos de los diseños, en cuanto a elementos y a degradados de color como el fondo o la mascota, nos ha obligado a convertirlos a mapas de bits (bitmaps), concretamente a archivos PNG para conservar las transparencias (ver figura 2). Con Adobe Photoshop hemos ajustado estos mapas de bits y hemos calculado los tamaños y proporciones para que todo ocupe su lugar según el diseño inicial.

Figura 2. Fondo

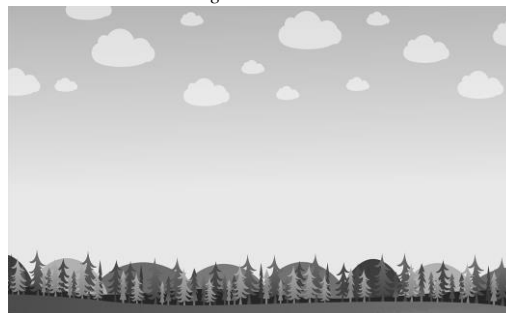


Figura 3. Mon el Dragón (mascota)



Otros elementos más simples como botones, iconos, dados, etc. los hemos convertido mediante Draw2script, una extensión o plugin de Adobe Illustrator, a una colección de comandos gráficos utilizados por CreateJS (EaselJS Tiny Api) que permiten dibujar estos elementos en tiempo real en pantalla. Los más sencillos los dibujamos mediante los comandos básicos de CreateJS.

Figura 4. Marco del rótulo



Código de CreateJS que genera el marco sobre el que se escribe el texto.

```
var fondoRG = new createjs.Shape();
fondoRG.graphics.f('rgba(17,65,92,1)').p('EAL+AhbMgLvAAAMAENgOaMgENgOaMALvAAAMAA
AAc1').ef().f('rgba(17,65,92,1)').p('EBNWAhbMAL9AAAMgENgOaMAENgOaMgL9AAAMAAAac1
').ef().cp();
fondoRG.graphics.f('rgba(0,55,77,1)').p('EAGrAdGMAFTAEDMAAAgF1MgFTABz').ef().f('rgba(0
,55,77,1)').p('EBTbAdGMgFrAEDMAAAgF1MAFrABz').ef().cp();
fondoRG.graphics.f('rgba(25,72,106,1)').p('EBS/AdWMhMQAAAMAAAgdWMBMQAAAMAAA
AdW').ef().cp();
```

Código de CreateJS para generar texto.

```
textoGanador = new createjs.Text("¡ENHORABUENA! \n\n ¡HAS GANADO!", "65px
yanonekaffeesatz", #fff);
```

La integración de todos estos elementos la hemos realizado mediante CreateJS, de modo que todo ocupe su lugar y pueda ser observado por el usuario como un único diseño. También con CreateJS hemos sincronizado los sonidos.

Figura 5. Composición



Para el sonido hemos utilizado Audacity y Adobe Audition. Todos los sonidos están almacenados en archivos mp3.

La APP

El punto de partida para la creación y el desarrollo era tratar de crear un juego divertido para niños de 4 a 7 años con diferentes niveles de dificultad, que fomente el desarrollo de las habilidades aritméticas fundamentales de los niños. Al inicio aparecen unas palabras, cada una de esas palabras contiene un número de letras diferente, el objetivo es señalar con el dedo la palabra que contiene un número concreto de letras, es decir, una palabra es el objetivo y las otras distractoras. Para general la interferencia, utilizamos como palabras objetivo aquellas que signifiquen un número diferente al que pide el juego. Por ejemplo, si pedimos al niño que señale una palabra con 4 letras, la palabra objetivo es “tres”. Para subir de nivel será necesario un porcentaje de aciertos del 80%, de los 10 ítems que se le presentan, debe acertar 8. Debido al número limitado de palabras que representan un número y, que a su vez contienen un número de letras concretas, la app está diseñada para que aparezcan siempre las palabras objetivo que contengan un significado numeral, y en el caso de que la palabra objetivo no contenga el significado numeral, siempre debe aparecer una palabra de similares características en por lo menos uno de los distractores, es decir si le pedimos al niño que señale la palabra con cuatro letras y la respuesta correcta es “gato”, dentro de los distractores puede aparecer la palabra como “cuatro” u otra similar. Así nos aseguramos que no se pierde la interferencia que genera el significado de alguna de las palabras, y de ese modo, hacer uso de la inhibición cognitiva para poder acertar (ver figura 6).

Figura 6. Juego “cuenta letras”



Buscando que la app resulte más atractiva al público infantil, se ha utilizado uno de los personajes de *babyradio* que presta su imagen y da nombre a la aplicación “Cuenta Letras con Mon el Dragón” (ver figura 7). Tras la pantalla inicial, aparece una pantalla de menú con 3 niveles de dificultad (ver figura 8).

Figura 7. Pantalla inicial de la app



Figura 8. Niveles de dificultad



Conforme el niño responde a cada uno de los ítems, la app ofrece un *feedback* inmediato para que el niño conozca de una manera contingente si ha acertado o por el contrario si su respuesta ha sido errónea (ver figura 9).

Figura 9. Pantalla de acierto



Niveles De Dificultad

- Nivel 1. En este nivel aparecen una palabra objetivo y dos palabras distractoras. Se le pide al niño que señale la palabra que contiene 4 letras.
- Nivel 2. La dinámica del juego es similar a la anterior pero ahora aparece acompañando a la palabra objetivo, 3 palabras distractoras. Se le pide al niño que señale la palabra que contiene 5 letras.
- Nivel 3. En este nivel, la palabra objetivo debe contener 6 letras y va acompañada de 3 palabras distractoras.

En la pantalla de menú, también se puede optar por el nivel que mejor convenga al usuario ya que en algunos casos los niños prefieren pasar a un nivel mayor de dificultad sin pasar por los inferiores. Todos los datos que se recojan de la práctica de los niños pasan a una base de datos con fines de investigación, aunque existe otra versión sin base de datos destinada a fines comerciales.

Discusión/Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue desarrollar una aplicación para mejorar las habilidades matemáticas tempranas para niños de 4 a 7 años, diseñado para ser utilizado en dispositivos *Smartphone* y tabletas de estilo iPad. La aplicación fue diseñada para mejorar la capacidad de inhibir la información irrelevante consiguiendo de ese modo resolver adecuadamente un problema de conteo, desarrollando de ese modo la matemática temprana. Esta habilidad está considerada como uno de los procesos de la memoria de trabajo que juega un papel importante en la adquisición de habilidades matemáticas en la primera infancia (Kroesbergen, Van de Rijt, y Van Luit, 2007).

Creemos que un desarrollo de este tipo de aplicaciones educativas, además de mejorar el rendimiento matemático de los niños en edades tempranas, proporciona otros beneficios como la motivación para el

aprendizaje matemático con el uso de dispositivos tecnológicos de uso diario. Actualmente esta aplicación es una de las 9 aplicaciones que están en fase de pruebas, y que, a su vez, son parte de un proyecto de tesis que tratará de estudiar la eficacia del aprendizaje de las matemáticas a una edad temprana a través de las últimas tecnologías. Nuestro objetivo es mostrar los aspectos técnicos para el desarrollo de una de estas aplicaciones.

Referencias

- Aragón, E.L. (2014). *Estudio de la eficacia del " e-aprendizaje" a través de la implementación de un programa de entrenamiento en matemática temprana.*
- Aragón, E.L., Navarro, J.I., Aguilar, M., y Cerda, G. (2015). Predictores cognitivos del conocimiento numérico temprano en alumnado de 5 años. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1). doi: 10.1387/RevPsicodidact.11088
- Araújo, A., Aragón, E., Aguilar, M., Navarro, J.I., y Ruiz, G. (2014). Un estudio exploratorio para la adaptación de la versión española revisada del " Early Numeracy Test-R. *European Journal of Education and Psychology*, 7(2). doi: 10.1989/ejep.v7i2.181
- Baddeley, A.D., y Hitch, G. (1974). Working memory. *Psychology of Learning and Motivation*, 8, 47-89. doi: [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60452-1](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60452-1)
- Baddeley, A.D., y Hitch, G.J. (2000). Development of working memory: Should the Pascual-Leone and the Baddeley and Hitch models be merged?. *Journal of Experimental Child Psychology*, 77(2), 128-137. doi: 10.1006/jecp.2000.2592
- Bartelet, D., Vaessen, A., Blomert, L., y Ansari, D. (2014). What basic number processing measures in kindergarten explain unique variability in first-grade arithmetic proficiency?. *Journal of Experimental Child Psychology*, 117, 12-28. doi: 10.1016/j.jecp.2013.08.010
- Butkus, H. (2012). *A one-on-one Ipad program in kindergarten!*. Recuperado de: <http://heidisongs.blogspot.com.es/2012/06/one-on-one-ipad-program-in-kindergarten.html>
- Butterworth, B. (2010). Foundational numerical capacities and the origins of dyscalculia. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(12), 534-541. doi: 10.1016/j.tics.2010.09.007
- Cirino, P.T. (2011). The interrelationships of mathematical precursors in kindergarten. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108(4), 713-733.
- Costello, S. (2012). *What are iPad sales all time. About.* Recuperado de: <http://ipod.about.com/od/ipadmodelsandterms/f/ipad-sales-to-date.htm>.
- Couse, L.J., y Chen, D.W. (2010). A tablet computer for young children? Exploring its viability for early childhood education. *Journal of Research on Technology in Education*, 43(1), 75-96.
- Cowan, R., y Powell, D. (2014). The contributions of domain-general and numerical factors to third-grade arithmetic skills and mathematical learning disability. *Journal of Educational Psychology*, 106(1), 214. doi: 10.1037/a0034097
- De Smedt, B., y Gilmore, C.K. (2011). Defective number module or impaired access? Numerical magnitude processing in first graders with mathematical difficulties. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108(2), 278-292. doi: 10.1016/j.jecp.2010.09.003
- Denton, K., y West, J. (2002). *Children's reading and mathematics achievement in kindergarten and first grade.*
- Desoete, A., Roeyers, H., y De Clercq, A. (2004). Children with mathematics learning disabilities in Belgium. *Journal of Learning Disabilities*, 37(1), 50-61. doi: 10.1177/00222194040370010601
- Falloon, G. (2013). Young students using iPads: App design and content influences on their learning pathways. *Computers y Education*, 68, 505-521.
- Geary, D.C. (2004). Mathematics and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37(1), 4-15. doi: 10.1177/00222194040370010201
- Gullick, M.M., Sprute, L.A., y Temple, E. (2011). Individual differences in working memory, nonverbal IQ, and mathematics achievement and brain mechanisms associated with symbolic and nonsymbolic number processing. *Learning and Individual Differences*, 21(6), 644-654.
- Hannula, M.M., Lepola, J., y Lehtinen, E. (2010). Spontaneous focusing on numerosity as a domain-specific predictor of arithmetical skills. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107(4), 394-406. doi: 10.1016/j.jecp.2010.06.004
- Hanushek, E.A., y Woessmann, L. (2008). The role of cognitive skills in economic development. *Journal of Economic Literature*, 46(3), 607-668.

- Hofmann, W., Vohs, K.D., y Baumeister, R.F. (2012). What people desire, feel conflicted about, and try to resist in everyday life. *Psychological Science*, 23(6), 582-588.
- Ise, E., y Schulte-Körne, G. (2013). Symptomatik, Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. doi: 10.1024/1422-4917/a000241
- Kolkman, M.E., Kroesbergen, E.H., y Leseman, P.P. (2013). Early numerical development and the role of non-symbolic and symbolic skills. *Learning and Instruction*, 25, 95-103. doi: 10.1016/j.learninstruc.2012.12.001
- Krajewski, K., y Schneider, W. (2009). Early development of quantity to number-word linkage as a precursor of mathematical school achievement and mathematical difficulties: Findings from a four-year longitudinal study. *Learning and Instruction*, 19(6), 513-526. doi: 10.1016/j.learninstruc.2008.10.002
- Kroesbergen, E.H., Van de Rijt, B.A., y Van Luit, J.E. (2007). *Working memory and early mathematics: Possibilities for early identification of mathematics learning disabilities*. In *International Perspectives*. Emerald Group Publishing Limited.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., y Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Muñoz, R., Okan, Y., y García-Retamero, R. (2015). Habilidades numéricas y salud: una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 111-123.
- Mussolin, C., Mejias, S., y Noël, M.P. (2010). Symbolic and nonsymbolic number comparison in children with and without dyscalculia. *Cognition*, 115(1), 10-25. doi: 10.1016/j.cognition.2009.10.006
- Navarro, J.I., Aguilar, M., Alcalde, C., Ruiz, G., Marchena, E., y Menacho, I. (2011). Inhibitory processes, working memory, phonological awareness, naming speed, and early arithmetic achievement. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 580-588.
- Navarro-Guzmán, J.I., Aguilar, M., Marchena, E., Alcalde, C., y García-Gallardo, J. (2010). Evaluación del conocimiento matemático temprano en una muestra de 3º de Educación Infantil. *Revista de Educación*, 352, 601-615.
- Nayfeld, I., Fuccillo, J., y Greenfield, D.B. (2013). Executive functions in early learning: Extending the relationship between executive functions and school readiness to science. *Learning and Individual Differences*, 26, 81-88.
- Nigg, J.T. (2000). On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy. *Psychological Bulletin*, 126(2), 220.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (2016). PISA 2015. Recuperado de: <https://www.oecd.org/pisa/keyfindings/>
- Passolunghi, M.C., y Lanfranchi, S. (2012). Domain-specific and domain general precursors of mathematical achievement: A longitudinal study from kindergarten to first grade. *British Journal of Educational Psychology*, 82, 42-63. doi: 10.1111/j. 2044-8279.2011.02039.x
- Passolunghi, M.C., y Pazzaglia, F. (2005). A comparison of updating processes in children good or poor in arithmetic word problem-solving. *Learning and Individual Differences*, 15(4), 257-269.
- Purpura, D.J., y Ganley, C.M. (2014). Working memory and language: Skill-specific or domain-general relations to mathematics?. *Journal of Experimental Child Psychology*, 122, 104-121.
- Randstad Professionals (2016). Ciencias, tecnología, ingenierías y matemáticas, las áreas con más oportunidades laborales. Recuperado de: <https://goo.gl/SPgWeL>
- Rousselle, L., y Noël, M.P. (2007). Basic numerical skills in children with mathematics learning disabilities: A comparison of symbolic vs non-symbolic number magnitude processing. *Cognition*, 102(3), 361-395. doi: 10.1016/j.cognition.2006.01.005
- Sarama, J., Lange, A.A., Clements, D.H., y Wolfe, C. (2012). The impacts of an early mathematics curriculum on oral language and literacy. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(3), 489-502. doi: 10.1016/j.ecresq.2011.12.002
- Sarama, J., y Clements, D.H. (2009). "Concrete" computer manipulatives in mathematics education. *Child Development Perspectives*, 3(3), 145-150. doi:10.1111/j.1750-8606.2009.00095.x
- Sarama, J.A., y Clements, D.H. (2009). Early childhood mathematics education research: Learning trajectories for young children. Early childhood mathematics education research: Learning trajectories for young children doi: 10.4324/9780203883785
- Sasanguie, D., Van den Bussche, E., y Reynvoet, B. (2012). Predictors for mathematics achievement? Evidence from a longitudinal study. *Mind, Brain, and Education*, 6(3), 119-128. doi: 10.1111/j.1751-228X.2012.01147.x
- Schrøter-Joensen, J., y Skyt-Nielsen, H. (2010). Is there a causal effect of high school math on labor market outcomes. *The Journal of Human Resources*, 44(1), 171-198. doi: 10.1353/jhr.2009.0004

Shaley, R.S., Manor, O., y Gross-Tsur, V. (2005). Developmental dyscalculia: A prospective six-year follow-up. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 47, 121-125. doi: 10.1017/S0012162205000216

Shallice, T., Marzocchi, G.M., Coser, S., Del Savio, M., Meuter, R.F., y Rumiati, R.I. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 21(1), 43-71.

Sierra-Fitzgerald, Ó., y Ocampo-Gaviria, T. (2013). El papel de la memoria operativa en las diferencias y trastornos del aprendizaje escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 63-79.

Solsona, J., Navarro, J.I., y Aguilar, M. (2009). La atención mental en el aprendizaje de la lengua escrita. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 335-349.

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643.

Van Viersen, S., Slot, E.M., Kroesbergen, E.H., Van't Noordende, J.E., y Leseman, P.P. (2013). The added value of eye-tracking in diagnosing dyscalculia: a case study. *Frontiers in Psychology*, 4. doi: 10.3389%2Ffpsyg.2013.00679

Von Aster, M. (2000). Developmental cognitive neuropsychology of number processing and calculation: varieties of developmental dyscalculia. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 9(2), S41-S57. doi: 10.1007/s007870070008

CAPÍTULO 55

Autolesiones en adolescentes de México

Monserrat Jaramillo González y Raúl Alejandro Gutiérrez García
Universidad de La Salle Bajío

Introducción

La Psicología ha mantenido atención constante en la adolescencia, que es una etapa de transición entre la niñez y la adultez con características muy peculiares que hacen de la misma, una etapa de vulnerabilidad, siendo propensos a adoptar conductas de riesgo como la autolesión que es cada más frecuente en esta población específica.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

Por otro lado Stanley-Hall (1904), define este periodo como una edad dramática y tormentosa en la que se producen cambios innumerables de tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas.

Para hablar de la autolesión citaré a Ross, Heath, y Toste, (2009), quienes mencionan que la conducta violenta tiene estrecha relación con la agresión y se ha convertido en un problema de salud pública, sobre todo en los adolescentes, ya que las características de los actos violentos o desórdenes patológicos cambian rápidamente desconcertando al joven, quien se ve inmerso en la práctica de conductas destructivas, tanto hacia él mismo (autolesiones, conducta suicida) como hacia los demás con lesiones, robos, homicidios; esta es una propuesta para explicar la correlación entre violencia, conducta autodestructiva y adolescencia.

La literatura sugiere en cuanto a la incidencia por edades, que es en la adolescencia cuando aparece el fenómeno, como informa el Center for Suicide Prevention (2001) de Calgary, en Alberta, Canadá, las edades van entre los 14 y 25 años. La edad en la cual la mayoría comienza es a las 12 años, pero existen casos en los cuales el comienzo es a los 7 años (Richardson, 2006).

La autora Italiana Manca (2011) escribió un artículo titulado “Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? Para la revista Psicoanálisis. En el cual menciona una postura más bien psicoanalítica, en la cual explica que”...Durante la etapa de la adolescencia la tendencia a actuar (acting-out y acting-in) puede representar una modalidad de la mente para elaborar una realidad interna rica en continuos cambios, inestable y, en algunos casos, inquietante (Cerutti y Manca, 2008). Tales conductas pueden constituir, por un lado, la expresión de una prueba potencial de construcción de identidad y, por el otro, la manifestación de una profunda vulnerabilidad y conflictividad (Laufer y Laufer, 1986). La acción puede ayudar a enfrentar los conflictos internos; sin embargo, el recurso a la acción puede significar al mismo tiempo un impulso hacia la activación de conductas peligrosas tanto para el sujeto como para su entorno (Cerutti y Manca, 2008).

Así mismo, la misma autora comenta una serie de acciones que considera “modalidades autodestructivas” y menciona también que existen estudios que evidencian que tales comportamientos cumplen con la función de mecanismo de defensa y de estrategia de coping, que adolescentes y jóvenes adultos utilizan como acción para enfrentar una situación de sufrimiento (Manca, 2011), en este estudio nuevamente se considera la idea de que la autolesión es una forma de aliviar el sufrimiento emocional.

Por otro lado, se ha encontrado que los adolescentes que se autolesionan tienen gran dificultad para identificar, regular y expresar sus emociones, así como para relacionarse con las personas (Ross, Heath, y Toste, 2009).

El estudio *Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico* publicado en el 2013 (Villaroel et al., 2013), estima que la prevalencia en poblaciones clínicas se encuentran el 21% de adultos y un 30 a 40% de los adolescentes que han requerido atención hospitalaria por autolesiones.

Para Walsh (2006) las autolesiones no siempre son autoinfligidas ya que en ocasiones las lesiones se realizan de forma asistida por otras personas, principalmente en poblaciones de adolescentes, lo cual ocurre entre dos o más participantes que se dañan simultáneamente uno al otro.

En esta misma línea, Ross, Heath, y Toste (2009) encontraron que los adolescentes que se autolesionan registraron niveles altos de ansiedad y depresión. Otros autores han encontrado que las personas que se autolesionan describen generalmente estados de tensión, ira, ansiedad, despersonalización y otros fenómenos asociados a proporcionar un alivio rápido al dolor emocional (Deiter-Sands y Pearlman, 2009).

Existen varios modelos que sugieren las motivaciones para que se desarrollen conductas autolesivas, y de acuerdo a autores como Klonsky (2007), citando a Favazza, (1993), Haines, Williams, Brain, y Wilson (1995), autolesionarse es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos y desde las perspectivas sistémica y cognitiva, se postula que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional. Sujetos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas autolesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables.

En este mismo sentido autores mencionan que la autolesión es una conducta que tiene objetivo evitar soledad, tristeza, ansiedad, miedo, frustración o enojo. La autolesión u otra conducta de auto-daño es un síntoma de un problema emocional que no se ha expresado. Es por esto que estas conductas autodestructivas no solucionan el problema que tiene la persona, tal comportamiento le funciona a corto plazo para evadir dolor emocional. Se puede identificar la autolesión como una forma de hacer frente a emociones que no se saben identificar, expresar, ni controlar. La autolesión enmascara el dolor o la tensión emocional, permitiendo a la persona funcionar y relacionarse con los demás (Salazar, Salgado, Patiño, Robles, y Rodríguez, 1997).

Otro tema importante a considerar sobre el tema de investigación es lo que propone la autora Santos (2011), como un modelo del ciclo de la violencia Autoinfligida (CVA), donde lo más relevante no es la dependencia sino el componente adictivo de la conducta, que resulta en una imposibilidad de autocontrol, pues no es capaz de inhibir una fuerte urgencia impulsiva. Este modelo es cíclico, y comienza en determinadas circunstancias cuando surgen emociones dolorosas o negativas o cuando la persona dependiente entra en contacto con ciertos estímulos y, automáticamente actúa ejerciendo algún tipo de violencia contra sí misma. El dolor físico permite disminuir el emocional, convirtiéndose en adictivo cuando el primero permite descargar al segundo.

Catherine McLoughlin, directora del Truth Hurts, menciona que “Tenemos la tasa más alta de autolesión de Europa, pero el desconocimiento sobre el asunto es tan abrumador, que las cifras aumentarán a menos que actuemos inmediatamente...”, “es una epidemia oculta de proporciones alarmantes”..., “...el desconocimiento sobre el asunto es tan abrumador que las cifras aumentarían a menos de que actuemos inmediatamente” (Mental Health Foundation, 2006).

El Reino Unido, tiene la tasa más alta de autoagresiones de Europa, y se están lanzando campañas de concienciación para padres y educadores. En otros países, como España, el problema sigue en la sombra (Kindsein, 2006).

Uno de cada 10 adolescentes del Reino Unido se hace daño deliberadamente y a escondidas para superar la ansiedad, según el informe *Truth Hurts*, realizado por el gobierno británico a jóvenes de entre 11 y 25 años (Kindsein, 2006).

En la población y dentro del contexto explicado anteriormente, se ha observado que la situación actual de la problemática es generada por una serie de cuestiones ligadas directamente a varias causas, por esto se considera que es una cuestión multifactorial, en la población a investigar se ha observado una serie de estos factores tales como: el abandono por los padres en casa y diversas situaciones que derivan en sentimientos de tristeza y enojo principalmente, se ha observado por lo tanto que han desarrollado una importante intolerancia a la frustración, por lo que recurren a la autolesión como una forma “temporal” de solucionarlo, de sentir cierto alivio emocional. Es por eso que esta práctica se ha vuelto común e incluso hay testimonios de que entre pares se apoyan en “enseñarse” a cortarse como una forma de apoyo emocional y solución a estos problemas.

El informe *Truth Hurts* desvela que el miedo a la reacción de los adultos y los médicos hace que la mayoría de jóvenes no se atreva a buscar ayuda. El motivo es que los adultos tienden a fijarse sólo en la autolesión y no en las causas que se esconden detrás de ese comportamiento.

Por ello el objetivo de dicha investigación es observar y describir la conducta autolesiva en la Escuela Secundaria Técnica 51, de la ciudad de Irapuato, Guanajuato, México, pues en esta región denominada Bajío no existen estudios que analicen esta conducta y por lo tanto no existe un acercamiento a este fenómeno que permita proponer estrategias de prevención y en su defecto, de tratamiento.

Método

Procedimiento

La población de esta investigación son adolescentes alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 51 de la ciudad de Irapuato, son 30 participantes hombres y mujeres, los cuales tienen una edad promedio de 13 y 14 años y el grupo de 2° K ha sido seleccionado de manera no probabilística y que cumplan los siguientes criterios de inclusión y exclusión mencionados a continuación.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes entre 13 y 14 años de edad.
- Estar en un sistema educativo escolarizado.
- Cursar en 2do grado del Nivel básico obligatorio secundario.
- Pertener a la Escuela Secundaria Técnica 51, en el período escolar 2017-2018, en la ciudad de Irapuato, Guanajuato.

Criterios de exclusión:

- Ser irregular en cuanto a la asistencia a la Escuela Secundaria.
- No pertenecer al grupo seleccionado.

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue el Cuestionario Exploratorio sobre Autolesión, el cual se diseñó de manera estructurada y consta de 9 preguntas con respuesta correspondiente a la escala de Likert (siempre, casi siempre, rara vez y nunca). Este cuestionario está orientado a las autolesiones dentro del aula escolar, e incluye de manera especial preguntas orientadas a la presencia de esta conducta con sus compañeros de clase. También se incluyeron preguntas directas relacionadas con las posibles causas de tal conducta, causas de tipo afectivo y de la resolución de conflictos con sus padres principalmente.

El procedimiento que se llevó a cabo para la investigación fue el siguiente:

- 1) Se informó sobre la intención y motivo de la investigación y se solicitó el permiso y consentimiento de la misma a la autoridad escolar.
- 2) Se seleccionó a la población para la investigación.

3) Se seleccionó el instrumento y se hizo la adaptación necesaria para la población en relación a los fines de la investigación.

4) Se aplicó el instrumento en un tiempo aproximado de 20 minutos.

5) Se compiló y se analizó la información obtenida del cuestionario.

6) Se analizó la información obtenida.

Detallar el procedimiento llevado a cabo para la realización del estudio.

Análisis de datos

El análisis de este estudio fue descriptivo y dicho análisis después de la recogida de datos, se dio considerando el contenido temático de las categorías de los instrumentos y por la frecuencia de las respuestas, para tal fin se realizó una matriz en el programa Microsoft Excel, que pertenece al paquete Office básico de cualquier computadora, en esta matriz se organizaron las respuestas en correspondencia con las categorías de estudio.

Se partió de preguntas acerca de las vivencias relacionadas con las autolesiones de manera personal y en el salón de clases, así como su frecuencia, posteriormente con varias posibles causas, como son: sentimientos de enojo y tristeza, problemas familiares, así como factores de “contagio” como la frecuencia en que se practica esta conducta en tu salón y si se les ha propuesto enseñarles a autolesionarse.

Resultados

Los resultados más importantes muestran que el 47% de la población se ha cortado alguna parte del cuerpo, el 73% se ha cortado por sentimientos relacionados con el enojo y la tristeza, el 26% se ha cortado por problemas relacionados con sus padres, el 30% le ha enseñado a alguien a cortarse, el 17% se ha cortado alguna vez en el salón de clases y el 24% ha recibido la propuesta de cortarse por alguno de sus compañeros. Los resultados sugieren que deben adaptarse políticas públicas de atención para los adolescentes que presentan problemáticas que pueden desencadenar conductas autolesivas en los centros escolares. Es importante mencionar que esta conducta está incrementando y una de las causas es la falta de orientación y conocimiento de esta conducta por parte de la comunidad educativa.

Tabla 1. Medidas de tendencia central Cuestionario Exploratorio sobre Autolesión

Ítem	X (media)	Y (mediana)	Z (moda)
1. ¿Conoces alguien de tu salón que se corte alguna parte del cuerpo?	2.5	2	2
2. ¿Alguien de tu salón te ha enseñado a cortarte?	1.5	1	1
3. ¿Con qué frecuencia te has cortado?	1.6	1	1
4. ¿Con qué frecuencia observas que alguien de tu salón se corta?	2.0	2	2
5. ¿Tus compañeros que se cortan lo hacen por enojo?	2.2	2	2
6. ¿Tus compañeros que se cortan lo hacen por tristeza?	2.5	3	3
7. ¿Con qué frecuencia tus compañeros que se cortan lo hacen por problemas por con sus padres?	2.5	2	4
8. ¿Con qué frecuencia alguno de tus compañeros te ha propuesto cortarte?	1.4	1	1
9. ¿Con qué frecuencia te preocupas por tus compañeros que se cortan?	2.7	2.5	4

Fuente. Encuesta aplicada a los estudiantes del grupo 2° K de la escuela Secundaria Técnica no. 51. Elaboración propia.

Discusión/Conclusiones

Según lo que menciona Richardson (2006), la edad en la cual la mayoría comienza a autolesionarse es a los 12 años, pero existen casos en los cuales el comienzo es a los 7 años, lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

Por otro lado Laufer y Laufer (1986) en Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? De la autora Manca (2011) mencionan que tales conductas pueden constituir, por un lado, la expresión de una prueba potencial de construcción de identidad y, por

el otro, la manifestación de una profunda vulnerabilidad y conflictividad, lo cual coincide con los resultados de la investigación, al considerar un alto porcentaje, que sentimientos negativos tales como la tristeza y el enojo son causantes de conflictos y de esta conducta en los adolescentes. Este mismo estudio menciona una serie de acciones que considera “modalidades autodestructivas” y que existen estudios que evidencian tales comportamientos cumplen con la función de mecanismo de defensa y de estrategia de doping, que adolescentes y jóvenes adultos utilizan como acción para enfrentar una situación de sufrimiento, lo cual se confirma con los sentimientos a los cuales los adolescentes de esta investigación hacen referencia como causantes.

Los autores Ross, Heath, y Toste (2009), mencionan que los adolescentes que se autolesionan tienen gran dificultad para identificar, regular y expresar sus emociones, así como para relacionarse con las personas, esta premisa coincide con la investigación al encontrar que los adolescentes que se autolesionan manifiestan sentimientos de soledad y de abandono.

Para Walsh (2006) las autolesiones no siempre son autoinfligidas ya que en ocasiones las lesiones se realizan de forma asistida por otras personas, principalmente en poblaciones de adolescentes, lo cual ocurre entre dos o más participantes que se dañan simultáneamente uno al otro, este comportamiento, según los resultados de esta investigación, está relacionado con sentimientos de pertenencia al grupo, de solidaridad y de empatía principalmente por parte de quienes permiten que sean otras personas quienes los lesionen y por el contrario, los adolescentes que lesionan, han manifestado que lo hacen con el fin de compartir la experiencia como una estrategia de control de sus emociones y sentir cierto alivio; esto coincide con autores como Deiter-Sands y Pearlman (2009), quienes mencionan que las personas que se autolesionan describen generalmente estados de tensión, ira, ansiedad, despersonalización y otros fenómenos asociados a proporcionar un alivio rápido al dolor emocional. Y con autores como Klonsky (2007), citando a Favazza (1993), Haines, Williams, Brain, y Wilson (1995), quienes consideran que autolesionarse es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos, al igual que Salazar, Salgado, Patiño, Robles, y Rodríguez (1997), quienes mencionan la autolesión como una forma de hacer frente a emociones que no se saben identificar, expresar, ni controlar. La autolesión enmascara el dolor o la tensión emocional, permitiendo a la persona funcionar y relacionarse con los demás.

Así mismo el estudio Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico publicado en el 2013 por (Villaruel et al., 2013), estima que la prevalencia en poblaciones clínicas se encuentran 30 a 40% de los adolescentes que han requerido atención hospitalaria por autolesiones, lo cual muestra coincidencia con la investigación cuando los adolescentes han manifestado que no consideran las autolesiones como motivo de asistencia a solicitar atención médica.

Los resultados sugieren que deben adaptarse políticas públicas de atención para los adolescentes que presentan problemáticas que pueden desencadenar conductas autolesivas en los centros escolares. Es importante mencionar que esta conducta está incrementando y una de las causas es la falta de orientación y conocimiento de esta conducta por parte de la comunidad educativa.

Referencias

Cerutti, R., y Manca, M. (2008). *I comportamenti aggressivi. Percorsi evolutivi e rischio psicopatologico*. Nuova edizione, Roma, Kappa, 2008.

Deiter-Sands, P., y Pearlman, L. (2009). Self-injury: Treatment of a complex adaptation. Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. *American Psychological Association*, 15, 211-234.

Hall, G.S. (1904). *Adolescence its psychology and its relations to physiology, antropology, sociology, sex... and education*. Sidney Appleton.

Kindsein (2006). *Adolescencia la epidemia secreta de la autolesión*. Kindsein.com. Disponible en: <http://www.kindsein.com/es/10/psiquiatria/276/>

- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate selfinjury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.*, 27, 226-239.
- Laufer, M., y Laufer, M.E. (1986). Il breakdown evolutivo. En M. Laufer y M.E. Laufer (eds), *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Revista Psicoanálisis*, XXXIII(1), Italia.
- Mental Health Fundation. Truth Hurts: Report of the National Inquiry into Self-harm among Young People. Londres (2006). Mental Health Fundation-Camelot Foundation.
- Richardson, C. (2006). *The truth about self-harm: for young people and their friends and families*. Mental Health Foundation.
- Ross, S., Heath, N., y Toste, J. (2009). Non- Suicidal Self-injury and Eating Pathology in High School Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83-92.
- Salazar, J.L.R., Salgado, V.R., Patiño, A.L.R., Robles, C.C.V., y Rodríguez, M.G.N. (1997). *Violencia autoinfligida y la adicción al dolor*.
- Santos, B.D. (2011). *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. México: Ficticia.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Walsh, B. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press. From Teaching to self-reflective practice (pp. 57-85). New York: Guilford Press.

CAPÍTULO 56

Diseño y evaluación de un programa piloto para la mejora de la autoestima en una muestra de personas mayores

Silvia Petkova Petkova y Antonio Caballer Miedes
Universitat Jaume I De Castellón, Facultad de Ciencias de la Salud

Introducción

Hacerse mayor hoy en día es un proceso muy dinámico y estamos sometidos a continuos cambios, que además de ser rápidos, son también inesperados. La sociedad avanza a una velocidad incontrolada y este avance afecta sobre todo al sector de la tercera edad. Algunos siglos atrás, los cambios eran esperados y la gente envejecía en un entorno cercano y familiar. Todo esto en la sociedad del siglo XXI es imposible ya que estamos sumergidos en un proceso de crecimiento muy distinto. Según Gergen (1992) “en muchos aspectos estamos alcanzando lo que podría considerarse un estado de saturación social”.

Lo que produce este avance rápido en las personas mayores es, en ocasiones, la carencia de recursos personales para adaptarse e interactuar con la realidad actual. La sociedad de hoy en día exige a las personas mayores más independencia y más libertad, ya que antiguamente los más jóvenes eran los que se encargaban de las necesidades de los mayores y se ocupaban de ellos. Mientras que ahora, estamos todos “demasiado ocupados” para además tener que “cargar con el peso” de nuestros padres o abuelos. Para algunos, estos tópicos sirven de excusa, aunque tienen parte de justificación porque cuando se introdujo a la mujer en el mundo laboral, ya no había nadie en casa para poder encargarse de las tareas domésticas y de los cuidados de los ancianos.

Ahora cuidamos de los mayores pero desde la distancia, o bien viven solos si pueden valerse por sí mismos, o bien son derivados a una residencia, donde les visitan de vez en cuando sus familiares. “En un estilo nuevo en el que desde la distancia se aporta seguridad pero favorece la libertad de cada cual y se ha venido a denominar como solidaridad intergeneracional e intimidad a distancia” (Bermejo, 2010).

Encontramos diversos estudios comparativos que relacionan los mayores institucionalizados y no institucionalizados con la autoestima. Así pues, en un estudio de la Universidad de Lima, encontramos que “...se observó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados [...] pero al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares” (Orosco, 2015). Por tanto, no influye que los mayores estén institucionalizados o no, al menos en este caso. Por otro lado, Villavicencio midió el nivel de autoestima de las personas adultas que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima, y los resultados mostraron que “la mayoría de los adultos mayores mostraron nivel de autoestima bajo; no hubo diferencias porcentuales entre los niveles intermedio y alto” (Villavicencio, 2011).

El envejecimiento es un proceso que dura desde que nacemos hasta que morimos, es decir, supone un continuo progresivo a lo largo de nuestras vidas. Además, no todos envejecemos de la misma manera ni a la misma velocidad, hay tantos modos de envejecimiento como personas. El envejecimiento supone un progreso personal que depende de los recursos de los que disponemos, así como de las experiencias vitales y cada individuo lo vive de una manera.

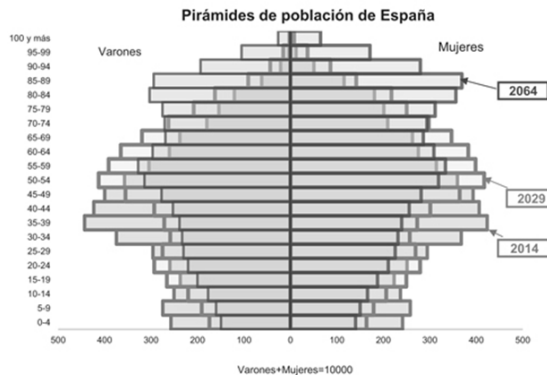
Por este motivo hablamos de envejecimiento activo, que la OMS (Organización Mundial de la Salud) define como “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida con el objetivo de extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas” (OMS, 2007).

El envejecimiento activo se puede aplicar tanto a nivel individual como a grupos de población. Permite a las personas mayores disponer de un bienestar social, físico y material y desarrollar dicho potencial a lo largo del ciclo vital. De esta forma se satisfacen las necesidades personales o grupales en todos sus niveles.

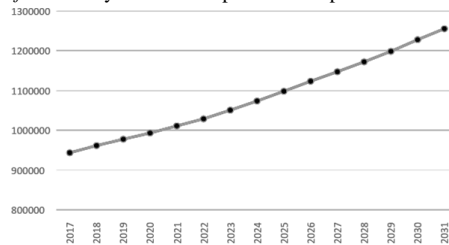
Según Vicente (2011), “Las tendencias demográficas en fecundidad, esperanza de vida y migraciones en España y Europa son un nuevo y complejo fenómeno que supone una reestructuración de las edades y un envejecimiento de la población.”. Esto puede suponer un impacto en el mercado laboral, así como a nivel económico y a nivel social.

La OMS (2007) señala que el mundo está experimentando un crecimiento considerable de las personas de tercera edad, la pirámide de población se está invirtiendo y cada vez hay más personas mayores. Este fenómeno también se ve claramente reflejado en la población española (Gráfica 1), así como a nivel de Comunidad Autónoma (Gráfica 2). También debemos considerar que no todas las personas tienen los mismos recursos. Hay personas que llegan a la vejez con escasos recursos económicos, sin redes familiares ni sociales, con problemas de salud o movilidad. Estas carencias dificultan su acceso a la red de servicios adecuados a ellos, y este es el motivo por el cual debemos focalizar la atención en este sector de la sociedad.

Gráfica 1. Distribución de la población española dividida en hombres y mujeres 2014, 2029 y 2064. INE (2016)



Gráfica 2. Proyección de la población española 2016-2066



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La vejez es un periodo en el que se sufre de enfermedades físicas, tristeza, soledad, etc. al cambiar radicalmente sus vidas. Pasan, de un día a otro, de ser personas activas laboralmente a estar en sus casas sin tener quehaceres. Esto en muchas ocasiones provoca depresión, ansiedad, estrés y cambios significativos en la autoestima de las personas. Según Fernández (2000):

Tradicionalmente se ha venido afirmando en gerontología que envejecer lleva consigo inevitablemente la aparición de un notable número de pérdidas, un aumento de los problemas de salud y

un progresivo declive en las capacidades. Estas pérdidas y disminuciones gravarían los recursos adaptativos tanto físicos como mentales de las personas mayores, dañarían su autoconcepto, su imagen de continuidad personal, aumentarían los problemas de salud mental y de pérdida de control y se reduciría su perspectiva personal y vital (p. 171).

Se puede definir la autoestima como “la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de su autoconcepto, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y auto aceptación” (González, 1999).

Por tanto, la autoestima es el punto clave en el que hay que intervenir para prevenir todos los aspectos mencionados anteriormente. Llegados a la jubilación, gran parte de la población experimenta emociones negativas y surgen pensamientos como “no sirvo para nada” o “soy un fracaso”. Por ello hay que tener en cuenta este cambio de etapa en las personas mayores. Este motivo nos lleva a hablar de autoestima en la vejez, y por ello proponemos un programa para la mejora de la autoestima en la tercera edad.

Mazadiego (2011) comprobó la efectividad de las técnicas de relajación, la terapia ocupacional y dinámicas grupales para mejorar la autoestima de los adultos mayores en un hogar de jubilados. Esto fue efectivo ya que “los resultados obtenidos muestran un incremento considerable de los niveles de autoestima en general y de la calidad de vida de los sujetos”.

También encontramos algunos estudios que relacionan la autoestima con la actividad física. García (2012) asume la autoestima como una variable psicosocial predictora de la actividad física en las personas mayores y hace un estudio con personas que participan en programas de actividad física y deporte en centros de mayores. Según este estudio “... los mayores que consideran tener mejor autoestima personal, son aquellos que realizan actividades físicas frecuentemente” (García, 2012). Por otro lado, Remor (2009) hace un estudio sobre el efecto diferencial del componente lúdico dentro de un programa específico de ejercicio físico para autoestima, autoeficacia y satisfacción con la vida. Según este, “...considerando los resultados en su conjunto, parece que la intervención diseñada –componente o suplemento específico de actividad físico lúdica-, ha resultado útil para promover el cambio en las variables autoestima y satisfacción con la vida,...”. Además, “los factores psicosociales de salud (autoestima, afectividad y sintomatología depresiva) mejoran más en los sujetos que asisten a programas ocupacionales” (Sánchez, 2002).

Los seres humanos tendemos a la monotonía, es decir, a la rutina y por ello cualquier cambio requiere un ajuste, el cual nos resulta mucho más fácil si estamos previamente informados o preparados para dicho cambio. Anteriormente no se le ha dado tanta importancia a la etapa de la jubilación y el cambio que supone a nivel personal y social, dado que hace unas décadas la gente era laboralmente activa una media de entre treinta y cuarenta años, mientras que la jubilación suponía los últimos tres o cuatro años de vida.

Actualmente, debido al cambio en la sociedad, los jóvenes cada vez empiezan a trabajar en edades más tardías, lo cual disminuye los años de trabajo a unos veinte o treinta en total. Además de empezar a trabajar más tarde, se ha adelantado la edad de jubilación de modo que nos jubilamos antes y esto hace que la media de años como jubilados aumente a unos quince o veinte años.

Por este motivo antes no se daba mayor importancia a la jubilación, pero hoy es importante considerar una adecuada preparación para este cambio de etapa vital. En 1977, el Consejo de Europa informaba sobre la conveniencia de la preparación de la jubilación. Más adelante, en 1982, la Asamblea de Naciones Unidas sobre el envejecimiento declaraba que se debía incluir una preparación en la transición trabajo-jubilación, posteriormente se realizaron seminarios en relación con el tema y hubo propuestas de proyectos pero ninguno se llevó a cabo y la situación sigue igual o peor que al principio.

En un estudio de Lara donde se estudia la validez y la confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos en población mexicana, “se encontraron diferencias significativas para la

población total, siendo el grupo de 51 o más años quien obtuvo la media más baja en autoestima” (Lara, 1993). Esto reafirma nuestra preocupación por la tercera edad.

También debemos considerar las diferencias entre países a nivel cultural y económico. En este sentido, encontramos un estudio comparativo sobre la calidad de vida de las personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). En este estudio “Se encontraron diferencias al contrastar ambas ciudades en cuanto a las dependencias a nivel funcional. [...] Sorprendente, comparativamente, el gran porcentaje de sevillanos (81%) que no prestan ayuda a nadie de su alrededor” (Calso, 2010).

En un estudio de López, encontramos una propuesta de intervención para ancianos deprimidos, donde mediante varias sesiones se pretende “promover nuevos estilos de enfrentamiento que propicien la desaparición de la depresión en el anciano” (López, 1999). En cambio nuestro programa pretende anticiparse a esos estados de depresión, interviniendo en los mayores en edad de jubilación.

El programa propuesto dispone de una serie de seminarios que tratan temas clave para el envejecimiento y la autoestima. Por un lado hay que hablar del envejecimiento activo, y poner al día a los mayores del crecimiento que está experimentando la población actual, y que ellos son un punto clave de esta última. Además de dar a conocer las oportunidades a nivel de desarrollo académico que se ofrecen y los programas para mayores que existen hoy en día.

También es importante hablar de la Psicología y el envejecimiento, explicando los cambios que se producen a nivel personal con el avance de los años. Se experimentan cambios en la personalidad de las personas mayores y es importante conocer la existencia de los mecanismos de defensa que pueden surgir.

Se debe tener en cuenta, en relación a la jubilación, lo que supone ese cambio de etapa y como cada persona lo afronta a su manera. Otro punto clave, que puede afectar a las emociones o a la autoestima de las personas mayores, es el duelo. Con esto nos referimos a la pérdida de personas muy cercanas e importantes en nuestras vidas. Cuando avanzamos en la edad es inevitable el hecho de perder personas cercanas así como la pareja o los amigos. En estos casos muchas personas no están preparadas y no saben cómo enfrentarse a dichas situaciones, por lo que sufren depresión o les crea ansiedad y piensan que no lo van a poder superar.

Además, hay que destacar también el tema de la sexualidad en la tercera edad. Es un tema relacionado con numerosos estereotipos, y los mayores pierden el interés por el sexo en ocasiones por ese motivo. “Aún hoy en día, un importante sector de la sociedad continúa rechazando o ridiculizando las situaciones en las que las personas mayores muestran interés por mantenerse sexualmente activas” (Freire y Ferradás, 2016). Esto hace que muchos mayores vean las conductas sexuales o los deseos como impropios para su edad. La disminución de las conductas sexuales se ve todavía más afectada en los mayores institucionalizados, que en este caso también influye la falta de intimidad.

Cierto es que dentro de la sexualidad también interviene la fisiología, y está demostrado que a medida que nos hacemos mayores perdemos facultades, pero la sexualidad humana va más allá de lo fisiológico ya que también posee una vertiente afectiva. En este sentido la vertiente afectiva permanece intacta en la vejez, por lo cual no debe ser una barrera para los mayores. La actividad sexual es una decisión libre de las personas independientemente de la edad.

Por último, pero no por ello menos importante, cabe destacar a los mayores activos. Con mayores activos nos referimos a las personas de tercera edad que se mantienen de forma activa ocupadas a pesar de no trabajar, apuntándose a actividades variadas, talleres, deportes o clases. Esto es importante para mantenernos ocupados y no recaer en la soledad, así como para evitar que surjan los pensamientos negativos. Sentirse activo y realizar actividades produce un aumento significativo en la satisfacción a nivel personal.

Para medir el nivel de autoestima, utilizaremos la escala de autoestima de Rosenberg dado que es la que mejor se adapta a lo que buscamos. Además, según el estudio sobre su validación de Rojas “se puede señalar que la Escala de Autoestima de Rosenberg cumple con los criterios de validez y confiabilidad de un instrumento de calidad para medir la autoestima” (Rojas, 2009).

El objetivo principal de este estudio es mejorar la autoestima en la tercera edad a través de un programa de intervención mediante una serie de seminarios, donde se tratan los puntos clave de los que hemos hablado anteriormente.

Por tanto, la hipótesis planteada es que el nivel de autoestima aumentará tras la realización del programa de intervención.

Método

Participantes

Se ha seleccionado una muestra de 28 participantes, de los cuales 7 eran hombres y 21 mujeres de más de 60 años de edad. La media de edad de los participantes es 71,07 años con una desviación típica de 5,71. Los participantes se inscribieron al proyecto por voluntad propia. Son personas mayores que están inscritas en las actividades de dos centros para mayores de Castellón de la Plana. Los 28 participantes estaban divididos en dos grupos uno de 15 sujetos (Centro Urban) y otro de 13 sujetos (Centro Columbretes). Ambos grupos recibieron los mismos seminarios con actividades idénticas y los mismos días, pero en horario diferente.

Instrumentos

La escala de autoestima de Rosenberg, que consiste en una serie de 10 ítems, con respuesta en escala de tipo Likert del 1 al 4, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 4 es “totalmente de acuerdo”. La escala sirve para explorar la autoestima personal mediante sentimientos de autovalía. Además, se usa material audiovisual (presentaciones de PowerPoint, películas y vídeos).

Procedimiento

En el primer seminario se les pasó la escala de autoestima de Rosenberg a todos los participantes para ver su nivel de autoestima inicial. Tras llevar a cabo todos los seminarios, en el último, se vuelve a pasar la misma escala de autoestima para poder estudiar si ha variado la puntuación. En primer lugar se hace un estudio pre-experimental, dado que medimos la puntuación antes y después en un mismo grupo de participantes (la muestra entera). En segundo lugar, realizamos una comparación para estudiar si ha habido diferencias entre las puntuaciones del grupo de un centro y del grupo del otro centro, pese haber recibido los mismos seminarios y haber realizado las mismas actividades.

Análisis estadístico

Para analizar los datos del estudio hemos utilizado el SPSS 23.0. En primer lugar hemos realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la muestra sigue una distribución normal. Dado que el resultado ha sido un valor de $\geq 0,05$ se ha utilizado la estadística paramétrica. Hemos realizado la prueba t para muestras relacionadas para estudiar si la diferencia entre el estudio pre y el estudio post es significativa.

Por otro lado, se han realizado análisis para comprobar si existen diferencias significativas entre los dos grupos (correspondientes a cada centro), en primer lugar hemos dividido los datos de la muestra en dos grupos (los que pertenecían al Centro Urban, y los que pertenecían al Centro Columbretes). En segundo lugar hemos calculado las medias para ver la diferencia de cada grupo tanto en el estudio pre como en el post. Por último, hemos realizado la prueba t para muestras independientes para ver si la diferencia entre las medias de ambos grupos es significativa.

Resultados

A través de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov hemos obtenido un valor de $z=0,630$ $p\leq 0,822$ para la variable A1 (Autoestima inicial, antes de realizar los seminarios) y un valor de $z=0,924$ $p\leq 0,361$ para la variable A2 (Autoestima final, medida al finalizar los seminarios). Esto confirma que la muestra sigue una distribución normal ya que en ambos casos la puntuación es mayor de 0,05.

Para una distribución normal de la muestra hemos utilizado la prueba t para muestras relacionadas para calcular las medias de A1 y A2 y ver si existe una diferencia significativa. Con esto hemos obtenido que la media de A1 es de 30,86 puntos con una desviación típica de 5,380 y la media de A2 es 36,54 puntos con una desviación típica de 3,168. La diferencia entre las dos medias es de 5,679 con una desviación típica de 6,165. El resultado de la prueba t de diferencia de medias es: $t(27)=4,874$ $p\leq 0,000$. Se concluye que existe una diferencia significativa entre las medias de A1 y A2, es decir, que la autoestima ha mejorado de forma significativa tras los seminarios impartidos.

Por otro lado, dado que los 28 participantes estaban divididos en dos grupos (dependiendo del centro de mayores al que pertenecían) se ha comprobado si existen diferencias significativas entre ambos grupos. Para ello, en primer lugar, hemos dividido la muestra total en dos grupos (según al centro al que pertenecen) y hemos calculado las medias de cada grupo tanto en A1 como en A2. El resultado de dichas medias, así como la desviación típica se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de los dos grupos de participantes

Grupo	Autoestima	Media	Desviación Típica
Centro Columbretes	A1	32,00	6,416
	A2	37,15	3,023
Centro Urban	A1	29,87	4,274
	A2	36,00	3,295

Para finalizar, hemos realizado la prueba t para muestras independientes para comprobar si la diferencia de medias entre ambos grupos es significativa. Para esta prueba, primero es necesario conocer si la varianza de los grupos es igual o no. Para ello se emplea la prueba de Levene que en este caso nos da $F=1,638$ $p\leq 0,212$ para A1 y $F=0,105$ $p\leq 0,748$ para A2, como en ambos casos la probabilidad es mayor que 0,05 se asume que las varianzas son iguales. Los resultados de la prueba t para varianzas iguales nos da un valor de $t(26)=1,048$ $p\leq 0,304$ en A1 y $t(26)=0,960$ $p\leq 0,346$ en A2. Comparando con la probabilidad del 5% y dado que tanto 0,304 para la variable A1 como 0,346 para la variable A2 son mayores que 0,05 concluimos que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos de sujetos.

Discusión

El análisis de los datos, mediante la escala de autoestima de Rosenberg, muestra que existe un aumento significativo del nivel de autoestima tras llevar a cabo el programa. Por tanto, la hipótesis planteada al principio se cumple y el programa es efectivo. La autoestima de los participantes ha sido mejorada mediante los seminarios.

Para descartar posibles sesgos, hemos estudiado si ha habido diferencia significativa entre las puntuaciones de ambos grupos. Los resultados muestran que la diferencia entre la media del centro Urban y la media del centro Columbretes, tanto en la autoestima inicial, como en la autoestima tras el programa, no es significativa. Esto quiere decir, que no ha influido el hecho de pertenecer a un centro o a otro.

Concluimos, que nuestro programa es efectivo para la mejora de la autoestima en la tercera edad, y con eso hemos cumplido con el objetivo principal del estudio. Este último podría ser aplicado en más centros.

Conclusiones

Como hemos observado, el programa es efectivo y podría ser implementado en los centros de mayores para trabajar el aspecto de la autoestima en la vejez. En los centros de mayores hoy en día se trabajan muchos aspectos tanto físicos como psicológicos, pero dentro de los aspectos psicológicos lo que más predomina son la estimulación cognitiva (como por ejemplo clases de memoria), la atención psicológica, la autonomía, las relaciones interpersonales, etc. Pero debería de darse también importancia a otros aspectos psicológicos y realizar talleres como por ejemplo de autoestima, de satisfacción con la vida, relajación y otros temas de interés para la tercera edad.

Algunas de las limitaciones que hemos encontrado en el estudio es la escasa muestra de participantes, así como la heterogeneidad de la muestra, es decir, hay muchas más mujeres que hombres. Además, a la hora de pasar la escala de autoestima de Rosenberg, ha sido complicado de entender la escala Likert por parte de los participantes. Por otra parte, al inicio se inscribieron más participantes pero luego no fueron considerados todos para el estudio dada su falta de constancia en los seminarios.

Aun así, el programa podría proponerse y llevarse a cabo en la mayoría de centros para mayores. Es un programa que si los participantes muestran interés podrán aprovechar las ventajas y notar los resultados positivos, además de aprender herramientas nuevas para afrontar distintas situaciones clave para su edad. Es importante trabajar la autoestima con las personas mayores, tanto para prevenir como para mejorar estados de depresión.

Para futuras investigaciones se podría aplicar el programa para una población más amplia de personas mayores, así como para muestras más homogéneas. También, se podría realizar un estudio longitudinal para poder estudiar si el programa tiene efecto con el tiempo o solo en el momento de pasarlo. También se podrían medir otros aspectos como la satisfacción con la vida. Además pueden estudiarse las diferencias entre géneros en este aspecto, ya que en nuestro estudio no ha sido posible dicho análisis debido a la escasa muestra de varones que se inscribieron al programa.

Referencias

- Agulló, M.S. (2000). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica*. Madrid: IMSERSO.
- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Panamericana.
- Bueno, B., y Buz, J. (2006). *Jubilación y tiempo libre en la vejez*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Calso, L.J., Villanueva, M., Flores, E., Pérez, P.J., Fernández, L., y Velázquez, M. (2010). *Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España)*. Ciudad Real: Universidad de Castilla la Mancha.
- Cruz-Jentoff, A. (1996). *La vida empieza a los cincuenta*. Madrid: Temas de hoy.
- Endesa (1989). *El jubilado ante su futuro. Jornadas de preparación a la jubilación*. Madrid: Endesa.
- Fernández, E. (2012). *Psicología y envejecimiento*. Madrid: GEU.
- Fernández, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Freire, C., y Ferradás, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- García, A.J., Martín, M., y Bohórquez, M.R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- Gergen, K.J. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- González, M.T. (1999). *Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- INE (2016). *Proyección de Población 2016-2066*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Lara, M.A., Verdusco, M.A., Acevedo, M., y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.

López, I.M., y Rodríguez, H. M. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 19-23.

Mazadiego, T.J., Calderón, J., Solares, C., Zárate, M., Torres, L., y Coto, A.J. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 175-182.

OMS (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Orosco, C. (2015). *Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*. Lima: Universidad de Lima.

Pérez, G., y De-Juanas, A. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid: UNED.

Remor, E., y Martins-de-Lima, S. (2009). Efecto diferencial del componente lúdico dentro de un programa específico de ejercicio físico para personas mayores sobre la autoestima, autoeficacia y satisfacción con la vida. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 4(2), 233-252.

Rojas-Barahona, C.A., Zegers, B., y Förster, C.E. (2009). *La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Santiago: Universidad de los Andes.

Sánchez, P.A., Ureña, F., y Garcés, E.J. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(2), 57-73.

Vicente, J.M. (2011). *Envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.

Villavicencio-Ramírez, I.J., y Rivero-Álvarez, R.P. (2011). *Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011*. Lima: Universidad Alas Peruanas.

CAPÍTULO 57

Reflexión sobre la sensibilidad materna y su relación con algunas variables psicológicas

Nieves Fátima Oropesa Ruiz
Universidad de Almería

Introducción

La definición de sensibilidad materna más aceptada por los investigadores es la que proponen Mary Ainsworth y sus colaboradores que insisten tanto en aspectos más observables y objetivables de la sensibilidad, relacionados con la prontitud de la respuesta de la madre a las necesidades del niño, como en cuestiones más cualitativas vinculadas a la esfera de lo apropiado de la respuesta de la madre y de la calidad de sus intervenciones. Desde esta perspectiva, la sensibilidad materna se define como la capacidad de la madre para estar atenta a las señales del niño, interpretar sus necesidades correctamente y responder a ellas pronto y apropiadamente (Ainsworth, Bell, y Stayton, 1974). Según este planteamiento, en la sensibilidad materna se distinguen cuatro componentes principales: (1) ser consciente de las señales del niño, lo que implica necesariamente que la madre se muestre accesible y detecte sus señales por mínimas que sean; (2) interpretar correctamente sus señales, siendo consciente de las mismas sin ignorarlas ni desatenderlas, así como no distorsionando la interpretación de estas señales, anteponiendo los propios deseos y estados de ánimo a los del bebé, y teniendo empatía para leer adecuadamente la realidad, sin proyectar preocupaciones, negar lo que está intentando transmitir el niño o usar otros mecanismos defensivos originados por conflictos pasados no resueltos; (3) responder rápida o contingentemente a las demandas del niño para que éste pueda percibir que su comunicación es eficaz y se sienta competente en su entorno; (4) responder de manera apropiada a las señales del bebé, reconociendo y actuando consecuentemente cuando desea interactuar, jugar, explorar, comer, que lo calmen, etcétera (Ainsworth, Bell, y Stanton, 1971; Ainsworth et al., 1974; Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 1978). Resumiendo, una madre sensible detecta y atiende adecuadamente los cambios en el afecto del niño, coordina su respuesta con sus necesidades físicas y emocionales, repite experiencias de cuidado apropiadas en distintos contextos de interacción y ante una gran variedad de necesidades afectivas, consigue calmar la angustia del niño, atiende y reconoce sus señales, está disponible afectivamente, su conducta es consistente, muestra un tono emocional adecuado y falta de irritación y de ira (Mills-Koonce et al., 2007).

Para evaluar todos estos aspectos de la sensibilidad, Mary Ainsworth y sus colaboradores (Ainsworth et al., 1971, 1974) elaboraron una escala que permitía diferenciar, dentro de un continuo de 1 al 9, entre cuatro tipos de madres: altamente insensibles, insensibles, incoherentemente sensibles y altamente sensibles, situándose en el extremo inferior del continuo las madres menos sensibles y en la parte superior las más sensibles. Pero además de esta escala, para estudiar la interacción madre-niño utilizaron otras tres escalas relacionadas entre sí, que valoraban distintas características de las madres como la aceptación del niño, la cooperación en la interacción y su disponibilidad o accesibilidad, dentro del mismo intervalo de 1 al 9. La escala de aceptación mide el grado en que la madre integra los sentimientos positivos y negativos derivados de la relación con el niño, respetando su autonomía, entendiéndolo su ira, no tomando represalias y relacionándose con el niño, por lo general, en un ambiente cálido, o por el contrario si la madre rechaza al niño verbalmente, negándose a sus deseos, con burlas, etcétera. La escala de sensibilidad guarda relación con la escala de aceptación, puesto que interpretar correctamente la realidad, un componente principal de la sensibilidad materna, exige que se acepte el

mundo interno del niño. La escala de cooperación evalúa el grado en que la madre se adapta al curso de la interacción, dejando que el niño participe abiertamente y guiando su aprendizaje, o por el contrario el grado en que la madre interrumpe o controla las actividades del niño a partir de sus expectativas, ideas y creencias, sin considerarlo como una persona con identidad propia y con intencionalidad, llegando incluso a veces a producir cierta pasividad posterior en el niño. Esta escala se relaciona con la escala de aceptación y con la escala de accesibilidad. La escala de accesibilidad valora el grado de disponibilidad psicológica de la madre con el niño, estando alerta a sus señales y respondiendo a ellas la mayoría del tiempo, sin estar absorta en sus preocupaciones o sin estar centrada exclusivamente en sus planes. La escala de accesibilidad se relaciona también con la de sensibilidad, ya que implica ser consciente de las necesidades del niño y mostrar disponibilidad afectiva, sin el uso de defensas que distorsionen la realidad y dificulten que se realice una interpretación correcta de lo que sucede.

Concretamente, la escala de sensibilidad ha sido aplicada en numerosos estudios sobre la sensibilidad maternal, dirigidos por Ainsworth, y desarrollados en Uganda (África), donde estudió principalmente el apego infantil y su relación con la sensibilidad materna (Ainsworth, 1967), y después en Baltimore (EEUU), donde continuó explorando la relación madre-niño (Ainsworth et al., 1971, 1974; Ainsworth, et al., 1978). Para estos estudios usaba un procedimiento de varias sesiones, distanciadas en el tiempo y de varias horas de duración. Uno de los principales resultados que se desprende de estas investigaciones es que para que los niños formen relaciones de apego seguras con sus madres es imprescindible que éstas sean sensibles a sus necesidades, existiendo una alta relación entre ambas variables. Diferentes estudios empíricos que se han realizado con posterioridad han confirmado que las madres de bebés con apegos seguros son madres más sensibles (Wolff y Van IJendoorn, 1997). Partiendo de la escala de sensibilidad de Ainsworth, se han creado nuevas escalas de sensibilidad para ampliar su estudio a años posteriores (por ejemplo, Stevenson-Hinde, Chicot, Shouldice, y Hinde, 2013).

Respecto a la relación de la sensibilidad maternal con variables sociodemográficas, no queda claro si la sensibilidad está relacionada o no con el nivel educativo materno, requiriéndose más estudios que investiguen la relación entre dichas variables (Meins et al., 2003; Mills-Koonce et al., 2011; Pelchat, Bisson, Bois, y Saucier, 2003; Santelices et al., 2015). El sexo del niño tampoco parece asociarse con un mayor o menor despliegue de sensibilidad por parte de las madres (Bornstein y Manian, 2013; Stevenson-Hinde et al., 2013). Tan solo hemos encontrado un trabajo en el que el sexo del menor aparece como predictor de la sensibilidad materna en concreto en torno a las 6 u 8 semanas de nacimiento del niño (Kemppinen, Kumpulainen, Raita-Hasu, Moilanen, y Ebeling, 2006). Por otro lado, Campbell, Matestic, Von Stauffenberg, Mohan, y Kirchner (2007) encontraron que, a mayor edad de los niños, las madres con niveles bajos de depresión eran más sensibles que las madres con niveles elevados.

La literatura sobre la sensibilidad materna es muy abundante en el ámbito psicológico. Con este trabajo se pretenden revisar los principales estudios sobre sensibilidad maternal con el objetivo de analizar si éstos coinciden en la operativización de este constructo psicológico y su papel en la calidad de las relaciones madre-hijo. A nuestro juicio, este análisis permitirá orientar y elaborar estrategias de intervención más eficaces.

1. Desarrollo del tema

Para el desarrollo de esta reflexión teórica se han consultado distintas fuentes bibliográficas primarias procedentes de distintas bases de datos relevantes dentro del ámbito psicológico, concretamente los buscadores académicos utilizados han sido PsykInfo y Psycodoc. Así mismo se han consultado diferentes estudios relevantes sobre la temática de estudio procedentes de fuentes secundarias. A continuación se mencionan algunas de las reflexiones obtenidas del análisis de estas fuentes bibliográficas.

1.1. Enfoque micro-analítico y macro-analítico en el estudio de la sensibilidad

En la literatura existente se pueden diferenciar dos enfoques en el estudio de la sensibilidad. Un enfoque micro-analítico, centrado en la conducta de la madre y el niño, más minucioso, que concede especial protagonismo para definir la sensibilidad al grado de contingencia de la conducta de la madre ante las necesidades del niño y que se basa en el análisis de la interacción madre-niño. Y un enfoque macro-analítico, que analiza la sensibilidad desde una perspectiva más global y cualitativa, más interesada por el estudio de la calidad de la respuesta de la madre ante las demandas del niño y que concede mayor protagonismo a la interpretación que realiza la madre a las peticiones del niño.

En este sentido, a partir de los estudios de Ainsworth, estrechamente vinculados a la teoría del apego de Bowlby, se ha continuado investigando las propiedades de la sensibilidad materna, en la mayoría de las ocasiones puestas en relación con el apego de los niños. Dentro de las investigaciones en este campo, un importante grupo de investigadores ha profundizado en los aspectos más objetivables de la sensibilidad, explorando minuciosamente (sobre todo, en el primer año de vida) la interacción madre-hijo, durante muy cortos espacios de tiempo, medidos en segundos, y centrándose en el estudio de la contingencia de la conducta de la madre a las necesidades del niño. Generalmente, se trata de estudios que utilizan un método micro-analítico que, a diferencia del enfoque macro-analítico, se basa principalmente en el análisis de series temporales para predecir la conducta en diferentes momentos (antes, durante o después) (Beebe et al., 2010; Beebe y Steele, 2013; Cerezo, Pons, y Trenado, 2006, 2011). Estos estudios cara a cara conceden un gran protagonismo a la conducta del niño. Desde este enfoque micro-analítico, la contingencia de la conducta de la madre y del niño se puede definir como la probabilidad de que se presente un comportamiento en función de la “consecuencia” del anterior, de modo que en la interacción el comportamiento de cada miembro de la díada dependerá del comportamiento de su pareja (contingencia interactiva). Además, permite analizar el comportamiento de cada uno de los participantes por separado, en cuyo caso el comportamiento dependerá del manifestado por uno mismo con anterioridad, y se evalúa cómo de estable o inestable es esa conducta (auto-contingencia) (Beebe et al., 2010 para una revisión). Para ampliar la información sobre este enfoque en el estudio de la sensibilidad, se puede consultar el artículo de Beebe y Steele (2013), que hace referencia a varias generaciones de estudios micro-analíticos que analizan la díada madre-hijo en el primer año de vida a partir del análisis de muestras estadounidenses.

Con relación al enfoque de estudio macro-analítico, en un reciente trabajo, Mesman y Emmen (2013) revisan los instrumentos más utilizados para medir la sensibilidad materna (sin incluir aquellos estudios que miden la interacción madre-niño y no hacen referencia explícita al concepto de sensibilidad), identificando un total de cincuenta, siendo ocho los más utilizados: Ainsworth Sensitivity Scale (Ainsworth et al., 1974), CARE-Index (Crittenden, 2001), Coding Interactive Behavior (CIB; Feldman, 1998), Emotional Availability Scales (EA; Biringer, 2008), Erickson Scales (Erickson, Sroufe, y Egeland, 1985), Global Ratings of Mother-Infant Interaction (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, y Cooper, 1996), Maternal Behavior Q-Sort (MBQS; Pederson y Moran, 1995), NICHD-SECCYD Sensitivity Scales (Owen, 1992) y Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA; Clark, 1985). La mayoría de estas pruebas se han aplicado en la primera infancia. Algunas ofrecen exclusivamente una puntuación global de sensibilidad, mientras que otras evalúan cada uno de sus componentes por separado, proporcionando una puntuación en distintas subescalas específicas y una medida global. Además, algunos de esos instrumentos han incorporado otros aspectos relacionados con la sensibilidad materna, como es el afecto positivo (tono verbal positivo, expresión facial positiva, caricias, halagos, etcétera), contemplado en la escala de aceptación propuesta por Ainsworth.

1.2. La sensibilidad materna y su relación con otras variables psicológicas: el apego adulto y la tensión psicológica

En los estudios que han explorado la relación entre apego adulto y sensibilidad materna, y que hemos podido revisar, hemos encontrado una fuerte asociación entre ambos constructos psicológicos. Pederson, Gleason, Moran, y Bento (1998) examinaron la interacción madre-hijo en el primer año de vida del niño con las escalas de aceptación, accesibilidad, cooperación y sensibilidad de Ainsworth y el apego de las madres mediante la Entrevista de Apego Adulto (AAI). Los resultados revelaron que las madres con apego inseguro-rechazado se mostraron menos sensibles que las madres con apego seguro-autónomo y que las madres con apego inseguro-preocupado.

En la misma línea, en el estudio de Coppola et al. (2006), midiendo también la seguridad en el apego de las madres pero en este caso mediante la prueba *Guiones de apego* (Waters y Rodrigues-Doolabh, 2001), los autores comprobaron la hipótesis de que la seguridad en los guiones de apego se relacionaba significativa y positivamente con el apego adulto (en concreto, con la puntuación en coherencia y seguridad de AAI) y con la sensibilidad materna, de manera que puntuaciones más elevadas en la seguridad en los guiones de apego se asociaron con puntuaciones más altas de sensibilidad materna.

Sin embargo esta relación entre apego y sensibilidad podría estar mediada por otras variables de los padres como por ejemplo el estrés parental. Por su parte, Mills-Koonce et al. (2011) evaluaron el apego adulto mediante Adult Attachment Style (AAS; Hazan y Shaver, 1987) y la tensión psicológica a través de Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis y Spencer, 1982). Entre otros interesantes resultados, los autores encontraron que cuando las madres presentaron un apego inseguro (en concreto, apego inseguro-evitativo) y además experimentaron niveles altos de tensión psicológica se mostraron menos sensibles con sus bebés.

1.3. La sensibilidad materna y la transmisión del apego

El apego hace referencia al vínculo afectivo que los niños establecen en el primer año de vida con su cuidador principal, generalmente su madre, aunque también pueden vincularse con varias personas (Bowlby, 1969). Este vínculo afectivo íntimo juega un papel relevante en el desarrollo psicológico del niño, dado que le proporciona una base segura para el desarrollo de su yo y las relaciones con los demás.

El panorama de la investigación sobre la sensibilidad materna y su papel en la transmisión del apego está abierto por la diversidad de evidencias empíricas, especialmente obtenidas en la edad temprana con muestras de bebés. Teniendo en cuenta que la sensibilidad materna es especialmente importante cuando el niño está angustiado, sobre todo porque ayuda al niño a manejar los afectos negativos, favoreciendo la autorregulación emocional (Beebe et al., 2010; Thompson, 1997). El papel de la madre a la hora de ayudar al bebé a regular el afecto negativo, es confiar y aceptar que sus conductas persiguen un objetivo (por ejemplo, cuando el niño trata de calmar su angustia mirando hacia otro lado), proporcionado un espacio y un tiempo al niño para que pueda volver a incorporarse a la interacción sin que haya interferencias. De esta manera, la madre puede transformar el afecto negativo en positivo y evita que éste se mantenga por mucho tiempo, evitando periodos sostenidos de baja interacción (Tronick, 1989).

A partir de estas premisas, Beebe et al. (2010) definen la autorregulación como la previsibilidad del comportamiento a través del tiempo. Estos autores estudiaron cómo se producía la interacción y comunicación en 84 díadas madre-hijo, a los cuatro meses, y su relación con el apego infantil, a los 12 meses, evaluando el apego a través del procedimiento de la *situación del extraño* de Ainsworth. Seleccionaron varias conductas para ser examinadas en las madres y los bebés durante los periodos observados de interacción: atención (dirección de la mirada), afectos (expresión facial, expresión verbal sólo en los bebés), contacto físico, orientación espacial y señales emocionales conflictivas (como la relación entre la expresión facial-visual). Hallaron que la regulación por parte del bebé de su propio comportamiento, y en coordinación con el comportamiento de sus madres, y la forma en que las madres

regulaban su propio comportamiento, ofrecieron una alta información sobre el apego infantil a los doce meses de edad.

Por un lado, el meta-análisis realizado por de Wolff y Van IJzendoorn (1997) mostró que la sensibilidad materna tenía un efecto moderado en el apego infantil. Estudios posteriores y actuales siguen encontrando relación entre sensibilidad y apego materno-infantil (Mills-Koonce et al., 2007; Bernier, Matte-Gagné, Bélanger, y Whipple, 2014). Otros estudios, con un carácter más aplicado, han mostrado cómo las madres, a partir de su participación en programas de intervención, han podido mejorar su sensibilidad materna y la influencia de ésta en la transmisión del apego de una generación a otra, obteniendo cambios importantes en los patrones de interacción entre las madres y los niños (por ejemplo, Marvin, Cooper, Hoffman y Powell, 2014).

Otra evidencia empírica, realmente importante de los últimos tiempos, la aportan de nuevo los estudios micro-analíticos de la interacción madre-hijo. Se ha comprobado empíricamente que la madre debe responder contingentemente a las conductas del niño, pero de manera moderada, pues parece ser que una alta contingencia en el comportamiento de las madres supone una mayor intrusividad o control del bebé y una baja contingencia implica comportamientos inconsistentes en las madres. Estas dos últimas situaciones se han asociado con un apego inseguro en los bebés (Beebe et al., 2008; Beebe et al., 2010; Jaffe et al., 2001). Respecto a la auto-contingencia de la madre y del bebé cuando es alta o baja también puede resultar inadecuada para la formación de un vínculo afectivo seguro (Beebe et al., 2007; Beebe et al., 2008; Koulomzin, et al., 2002). Otros estudios muestran también hallazgos a favor de una contingencia moderada (Bornstein y Manian, 2013; Hane, Feldstein, y Durnetz, 2003; Warner, Malloy, Schneider, Knoth, y Wilder, 1987).

Sin embargo, el consenso no es total respecto a si una mayor contingencia de la conducta materna con la conducta del bebé es necesariamente mejor o peor para la seguridad en el apego del niño durante el primer año de vida. Según Messman (2010), tal vez no se está evaluando ni el mismo constructo -entendiéndose la contingencia de manera diferente desde un enfoque micro y macro de la interacción-, ni el mismo tipo de conductas.

Algunos investigadores, convencidos de que la relación entre sensibilidad y apego es más alta de lo que demostró el meta-análisis realizado por de Wolff y Van IJzendoorn (1997), plantearon la conveniencia de reconsiderar el papel que juega en la sensibilidad materna, lo apropiado de la respuesta de la madre ante las necesidades del niño, tal y como recogían Ainsworth y sus colaboradores en su definición (Ainsworth et al., 1971, 1974; Ainsworth et al., 1978). En esta lógica, la calidad de la respuesta de la madre se relaciona con el hecho de que responda adecuadamente a la necesidad que el niño manifiesta en cada momento (por ejemplo, darle de comer cuando tiene hambre y no cuando está intentando jugar con otro niño). Las aportaciones de Meins (1997, 1999, 2013) van en esta dirección. Esta autora considera que la interpretación que la madre (o el cuidador principal) realiza de los estados mentales del niño, es decir, de sus pensamientos y sentimientos, tiene un peso importante para explicar la sensibilidad, que debe ser estudiada en contextos lúdicos cuando las necesidades básicas hayan sido satisfechas, jugando en la sensibilidad materna un papel importante los comentarios verbales que las madres realizan sobre dichos estados mentales y concediendo un papel importante a la narrativa que las madres utilizan en su discurso (Meins, Fernyhough, Fradley, y Tuckey, 2001). Sus investigaciones demuestran empíricamente que estos comentarios de las madres se relacionan con las habilidades de mentalización en los niños a la edad de 4 años (Meins et al., 2003), con los distintos estilos de apego infantil (Meins, 2013) y con la mayor o menor riqueza en la producción lingüística de los niños (Meins, 1998). Para medir todas estas cuestiones Meins (1999) creó una escala, a través de la cual se mide el constructo de *Mind-mindedness*, obteniendo en sus investigaciones una predicción más alta de la seguridad en el apego de los niños a los 12 meses de edad, que cuando utilizó la escala original de Ainsworth (la escala de *Mind-mindedness* explicó un 12.7% de la variabilidad existente mientras que la escala de sensibilidad de Ainsworth explicó el 6.5%). Esta escala incluye cinco categorías, que evalúan

el grado en que la madre concibe a su hijo como un individuo autónomo mentalmente, es decir, con sus propias intenciones o intereses. A continuación se describen estas cinco categorías: (1) mantiene la mirada del bebé; (2) dirige la actividad del bebé hacia un objetivo; (3) imita al bebé; (4) fomenta que se comporte de manera autónoma (que se levante, se siente, alcance un juguete, etcétera); (5) introduce comentarios sobre la conducta del niño (Meins, 1999). Las dos primeras categorías evalúan la capacidad de la madre para reconocer que el interés del bebé puede ser diferente al suyo, redirigiendo su comportamiento en consonancia con el del bebé, tratando de no ignorarlo ni de restablecer la atención del niño en un objeto que ya no le interesa. La tercera y cuarta categoría parte de la base de que la madre considera a su bebé como una persona con intenciones. La quinta categoría no tiene en cuenta lo que hace la madre o el fomento de un determinado comportamiento del niño, sino que se centra exclusivamente en lo que la madre dice. La escala de *Mind-mindedness* sería complementaria al método propuesto por Mary Ainsworth para medir la sensibilidad. Se relaciona implícitamente con aspectos como la aceptación del bebé, el afecto positivo y la estimulación de sus capacidades, y además implica que la interpretación de las señales del niño se realice de manera correcta para que se actúe en consecuencia.

Discusión/Conclusiones

Como puede apreciarse en los párrafos anteriores, a pesar de que el interés por el estudio de la sensibilidad está creciendo en los últimos tiempos, no existe un marco teórico claro en el estudio de este fenómeno. Además, no existe un criterio único respecto a cómo debemos medirla, cuáles son sus indicadores más objetivos y los más subjetivos. Por tanto, sería conveniente reconsiderar los indicadores de la sensibilidad maternal para que exista una definición compartida por la comunidad científica que facilite la replicación de los estudios en otros lugares.

Habría que tratar de unificar criterios a la hora de operativizar este constructo psicológico, pero sobre todo combinar distintos enfoques, es decir, tanto un enfoque micro-analítico, como macro-analítico en el estudio de la interacción entre padres e hijos. Recientemente se puede consultar el trabajo de Dishion (2017) en este sentido. Así, compartimos el planteamiento de Woodhouse (2010) acerca de que serían necesarios más estudios que, desde un enfoque micro-analítico, incorporasen, además, una medida de aspectos relacionados con la calidad de la conducta de la madre, teniendo en cuenta variables contextuales. Estos planteamientos deben guiar la intervención futura en la mejora de la calidad de la interacción madre-hijo, y considerar aspectos como el afecto positivo, la conducta contingente de la madre y los comentarios verbales fruto de la interpretación de los estados mentales del niño, entre otros indicadores, en la conceptualización de la sensibilidad materna y su efecto en la transmisión del apego.

Referencias

- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., y Stayton, D.J. (1971). Individual differences in strange situation behavior of one year olds. En H.R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17-52). New York, NY: Academic Press.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., y Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals. En M.P.M. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world*. London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beebe, B., y Steele, M. (2013). How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment and Human Development*, 15, 583-602. doi: 10.1080/14616734.2013.841050.

Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., y Feldstein, S. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self- and interactive contingency. *Developmental Psychology*, *43*, 1360-1376. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1360.

Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S., y Andrews, H. (2008). Maternal depressive symptoms at 6 weeks predict mother-infant 4-month self and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, *29*, 442-471. doi: 10.1002/imhj.20191.

Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., y Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment and Human Development*, *12*, 3-141. doi: 10.1080/14616730903338985.

Bernier, A., Matte-Gagné, C., Bélanger, M.E., y Whipple, N. (2014). Taking stock of two decades of attachment transmission gap: Broadening the assessment of maternal behavior. *Child Development*, *85*, 1852-1865. doi: 10.1111/cdev.12236.

Bornstein, M.H., y Manian, N. (2013). Maternal responsiveness and sensitivity reconsidered: Some is more. *Development and Psychopathology*, *25*, 957-971. doi: 10.1017/S0954579413000308.

Campbell, S.B., Matestic, P., Von Stauffenberg, C., Mohan, R., y Kirchner, T. (2007). Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children's functioning at school entry. *Developmental Psychology*, *43*, 1202-1215. doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1202.

Cerezo, M.A., Pons, G., y Trenado, R.M. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, *18*(3), 544-550.

Cerezo, M.A., Pons, G., Trenado, R.M. (2011). La cualidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocia. *Acción Psicológica*, *8*(2), 9-25.

Coppola, G., Vaughn, B.E., Cassibba, R., y Costantini, A. (2006). The attachment script representation procedure in an Italian sample: Associations with Adult Attachment Interview scales and with maternal sensitivity. *Attachment and Human Development*, *8*, 209-219. doi: 10.1080/14616730600856065.

De Wolff, M.S., y Van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, *68*, 571-591. doi: 10.2307/1132107.

Dishion, T.J., Mun, C.J., Tein, J.Y., Shaw, D.S., Gardner, H.,...Petersen, J. (2017). The validation of macro and micro observations of parent-child dynamics using the relationship affect coding system in early childhood. *Prevention Science*, *18*(3), 268-280. doi: 10.1007/s11121016-0697-5.

Hane A, Feldstein S., y Dernetz V. (2003). The relation between coordinated interpersonal timing and maternal sensitivity in four-month-old infants. *Journal of Psycholinguistic Research*, *32*, 525-539. doi: 10.1023/A:1025494200272.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C.L., y Jasnow, M.D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *66*(2), 1-149. Recuperado de [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1540-5834/issues](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1540-5834/issues).

Kempinen, K., Kumpulainen, K., Raita-Hasu, J., Moilanen, I., y Ebeling, H. (2006). The continuity of maternal sensitivity from infancy to toddler age. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *24*, 199-212. doi: 10.1080/02646830600821249.

Lucassen, N., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M., Volling, B.L., Verhulst, F.C., y Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant-father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Family Psychology*, *25*, 986-992. doi: 10.1037/a0025855.

Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.

Meins, E. (1998). The effects of security of attachment and maternal attribution of meaning on children's linguistic acquisitional style. *Infant Behavior and Development*, *21*, 237-252. doi: 10.1016/S0163-6383(98)90004-2.

Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment and Human Development*, *1*, 325-342. doi: 10.1080/14616739900134181.

Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment and Human Development*, *15*, 524-544. doi: 10.1080/14616734.2013.830388.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, W., y Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 637-648. doi: 10.1111/1469-7610.00759.

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., y Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, *74*, 1194-1211. doi: 10.1111/1467-8624.00601.

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Gupta, M. D., Fradley, E., y Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development, 74*, 1194-1211. doi: 10.1111/1467-8624.00601.

Mesman, J., y Emmen, R.A.G. (2013). Mary Ainsworth's legacy: A systematic review of observational instruments measuring parental sensitivity. *Attachment and Human Development, 15*, 485-506. doi: 10.1080/14616734.2013.820900.

Mills-Koonce, W.R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., y Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant Mental Health Journal, 32*, 277-285. doi: 10.1002/imhj.20296.

Mills-Koonce, W.R., Gariépy, J-L., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., Moore, G., y Cox, M. (2007). Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: A caregiver-attachment systems approach. *Infant Behavior and Development, 30*, 114-126. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.11.010.

Mills-Koonce, W.R., Gariépy, J-L., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., Moore, G., y Cox, M. (2007). Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: A caregiver-attachment systems approach. *Infant Behavior and Development, 30*, 114-126. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.11.010.

Pederson, D.R., Gleason, K.E., Moran, G., y Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology, 34*, 925-933. doi: 10.1037/0012-1649.34.5.925.

Pelchat, D., Bisson, J., Bois, C., y Saucier, J.-F. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Infant and Child Development, 12*, 27-51. doi: 10.1002/icd.335.

Santelices, M.P., Farkas, Ch., Montoya, M.F., Galleguillos, F., Carvacho, C., Fernández, A. ... Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad, 14*, 66-76.

Stevenson-Hinde, J., Chicot, R., Shouldice, A., y Hinde, C.A. (2013). Maternal anxiety, maternal sensitivity, and attachment. *Attachment and Human Development, 15*, 618-636. doi: 10.1080/14616734.2013.830387.

Thompson, R.A. (1997). Sensitivity and security: New questions to ponder. *Child Development, 68*, 595-597. doi: 10.2307/1132109.

Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*, 112-119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112.

Warner, R.M., Malloy, D., Sneider, K., Knoth, R., y Wider, B. (1987). Rhythmic organization of social interaction and observer ratings of positive affect and involvement. *Journal of Nonverbal Behavior, 11*, 57-74. doi: 10.1007/BF00990958.

Woodhouse, S.S. (2010). Dyadic interactions as precursors to attachment security: Implications for intervention and research. *Attachment and Human Development, 12*, 151-157. doi: 10.1080/1461673090338151.



Edita: SCINFOPER