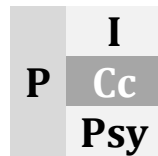


*Proceedings of 6th International and  
11th National Congress of  
Clinical Psychology  
(6-8 June 2013. Santiago de  
Compostela-Spain).*

Colección:  
**Proceedings of International Congress of  
Clinical Psychology.**



**Directores:**  
Buela-Casal, Gualberto  
Sierra, Juan Carlos  
Quevedo-Blasco, Raúl

Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology (6-8 June 2013. Santiago de Compostela-Spain).

© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

*Colección: Proceedings of International Congress of Clinical Psychology.*

Idiomas de publicación: Inglés; Portugués; Castellano.

Edita: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

CIF: G-23220056

Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18011, Granada (España).

Tel y fax: +34 958 161708.

E-mail: [info@aepc.es](mailto:info@aepc.es).

Web: <http://www.aepc.es>

Printed in Granada, Spain.

ISBN-13: 978-84-697-0321-2

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en el *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology (6-8 June 2013. Santiago de Compostela-Spain)*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

ARTÍCULOS/ ARTICLES / ARTIGOS	Pags.
<b>A psychological reading focused on the beliefs of patients with chronic pathologies about disease: implications for clinical practice</b> <i>Ana Pires</i>	1-6
<b>Ajustamento à lesão medular traumática e seus reflexos na saúde mental dos sujeitos afectados</b> <i>Ana Ribas Teixeira, José Bruno Alves, António Santos e Juan Gestal-Otero</i>	7-13
<b>El malestar emocional en los cuidadores no profesionales</b> <i>Elisabet Hermida, Fernando L. Vázquez, Vanessa Blanco, Patricia Otero y Ángela Torres</i>	14-20
<b>Patrón de déficits cognitivos según CAMCOG-R en función del nivel de deterioro cognitivo según la escala GDS</b> <i>Federico Cardelle, Jesús Antonio García-Casal, Nuria Ordoñez-Cambler y Carlos García-Moja</i>	21-26
<b>Sobredimensionamiento en el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función del método</b> <i>José Antonio López-Villalobos, Jesús María Andrés- De Llano, María Isabel Sánchez-Azón y María Victoria López-Sánchez</i>	27-34
<b>Análisis de las conductas antisociales-delictivas en la etapa de educación secundaria: edad, género y perfil del alumno en la convivencia</b> <i>M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes, M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, José Jesús Gázquez Linares y Tania Abad López</i>	35-41
<b>Cyberbullying: prevalencia de víctimas, agresores y observadores en función del nivel socio-económico-cultural</b> <i>Maite Garaigordobil, Jone Aliri, Carmen Maganto, Elena Bernarás, y Joanan Jaureguiza</i>	42-49
<b>Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC)</b> <i>María Concepción Escolar-Gutiérrez, Belén López-Moya, Laura Portabales Barreiro, Carmen Carcedo-Robles y Adela Alonso-Abolafia</i>	50-55
<b>¿Existen diferencias según género en ansiedad escolar en función del componente agresivo?</b> <i>Nelly Lagos San Martín, José Manuel García-Fernández, Cándido J. Inglés, María Isabel Gómez-Núñez, Carolina González Macía y María Vicent Juan</i>	56-62
<b>Evaluación del sexismo ambivalente en las y los profesionales de la Red de Salud Mental de Andalucía</b> <i>Rosa Jiménez- García-Bóveda, Asunción Luque-Budia, Patricia Delgado-Ríos, Matilde Rojo-Villalba, Miguel Ruiz-Veguilla, María José Aguado-Romeo, Dolores García-Sánchez, Juan Ignacio Paz-Rodríguez y Miguel Moya-Morales</i>	63-68





## A PSYCHOLOGICAL READING FOCUSED ON THE BELIEFS OF PATIENTS WITH CHRONIC PATHOLOGIES ABOUT DISEASE: IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

Ana Pires<sup>1</sup>

*University of Lisbon, Portugal*

**ABSTRACT.** A good communication between physician and patient requires the understanding, by the physician, of the patients' beliefs and ways of thinking about the processes associated with their disease. The present study aimed to characterize the beliefs of patients with chronic pathologies, on three dimensions of the disease process: perceived evolution of the disease, impact of the disease on patient's life and treatment adherence. The participants were 205 patients (79.5% women) with chronic pathologies, recruited from a Public Health Center and a Hospital in Abrantes, Portugal. The patients' beliefs on the three above-mentioned dimensions of the disease process were collected through an individual and semi-structured interview based on Piaget's clinical method and were classified according to the Developmental Model of Joyce-Moniz and Barros. The results show that: a) pragmatic beliefs about the usefulness of treatment or the own capabilities to respond to its demands prevail in the patients' decision to adhere or refuse the medical treatment; b) simple and concrete beliefs, focused on sensory and physical symptoms which impose themselves in a peremptory and overwhelming way, dominate their judgments about the impact of the disease on their life and c) it is the experience in daily life of the somato-emotional symptoms that the most patients perspective in their beliefs about the perceived evolution of the disease. These results have implications for clinical practice to the extent that by allowing physicians a better understanding of the patients' perspective, the physician can adapt his language to the patients' beliefs in order to promote a better communication between them.

**Keywords:** Beliefs, chronic pathologies, disease process, physician-patient communication.

### Introduction

A good communication between physician and patient requires the understanding, by the physician, of the patients' beliefs and ways of thinking about the processes associated with their disease. According to several authors, these beliefs can significantly influence the generation, development and confrontation with the biomedical processes as well as the adherence to medical treatment and the experience of concomitant emotional processes (Baum & Posluszny, 1999; Friedman, 1991; Groarke, Curtis, Coughlan, & Gsel, 2005; Hafen, Frandsen, Karren, & Hooker, 1992; Rodin & Salovery, 1989; Taylor, 1990). Concretely, the physician must focus on those beliefs and ways of thinking and communicate accordingly (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

The importance of this procedure is highlighted by the finding of Conrad (1987) that the physician tends to speak about the disease in biomedical terms while the patient's beliefs about the disease usually reflect a personal experience. This may generate discrepancies between ways of thinking and consequently, difficulties in the

<sup>1</sup> **Correspondence:** Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa (Portugal). E-mail: anafilipaj@campus.ul.pt



patient's decision to adhere or refuse the proposed or prescribed treatment. According to Rapoff and Christophersen (1982), the estimates of non-compliance of medical prescriptions are generally high and many patients leave the office without knowing for sure how to follow the prescribed treatments, among other reasons, because physicians do not adapt their speech to the patients' levels of understanding (Burns, Austin, & Bax, 1990; Svarstad, 1976).

Also, physicians have great difficulty in evaluating the treatment adherence of patients. Therefore, their estimates do not reflect the reality regarding the treatment adherence because they are usually based on disease severity and treatment efficacy without taking into account the patients' beliefs and ways of thinking (DiMatteo, Hays, & Prince, 1986; Goldberg & Rubin, 1998).

The present study aimed to characterize, according to the Developmental Model of Joyce-Moniz and Barros (2005), the ways of thinking of patients with chronic pathologies about the processes associated with their disease. More specifically, the aim of this study was to characterize the beliefs of these patients, on three dimensions of the disease process: perceived evolution of the disease, impact of the disease on patient's life and treatment adherence.

## Method

### *Participants*

The participants were 205 patients (79.5% women) with chronic pathologies, recruited from a Public Health Center and a Hospital in Abrantes, Portugal, aged from 24 to 74 years, with a mean age of 55 years ( $SD = 10.11$ ). Regarding education level, 2% of the sample had no formal education, 85.8% reported primary school education only, 7.8% had secondary school education, and 4.4% were university graduates. Despite the predominance of lower levels of education, all participants were literate. At the time of the study, 34.6% were working and 65.4% were unemployed, retired or homemakers. All participants were receiving medical treatment for symptom management.

The criteria for inclusion in the study were established as following: 1) being between 18 years old and 75 years old; 2) having a chronic pathology diagnosed by the assistant physician; and 3) suffering from somatic and/or psychological symptoms associated with the chronic condition. A medical or cognitive disability that would prevent participation in the study was an exclusion criterion.

### *Instruments*

An identification sheet of the patient was used for the collection of socio-demographic data. The patients' beliefs about the processes associated with their disease were collected through an individual and semi-structured interview based on Piaget's clinical method. Each interview was recorded with the patient's permission.

### *Procedure*

This study was approved by the Ethics Committee of the Abrantes Hospital and the Abrantes Public Health Center. At an early stage, the researcher proceeded to the personal and individual contact with the physicians of the aforementioned Public Health Center and Hospital, for the following purposes: a) present succinctly the objectives of the study; b) ask their collaboration through the referral of patients who meet the inclusion criteria previously defined.



The verbal explanation was accompanied by a written document, given to each one of the physicians, with the explanation of the study's purposes, the criteria for patients' inclusion and the request for collaboration. After the acceptance of physicians to collaborate, it was agreed with them the form of referral of patients for the session with the researcher.

Participants were, therefore, referred by their assistant physician to an individual session with the researcher, in which they were informed about the objectives and conditions of the study, after which informed consent was obtained. Then, data regarding socio-demographics and patients' beliefs about the processes associated with their disease were collected using the instruments above-mentioned. Concretely, data regarding patients' age, sex, work status and education level were collected using the identification sheet of the patient. The patients' beliefs relating to the perceived evolution of the disease, the impact of the disease on patient's life and the treatment adherence were collected through the following questions, respectively: *How do you think that has been the evolution?; How these symptoms have affected your life?; What have influenced your decision to follow the treatment recommended by your physician?* Then, the patients' beliefs were classified according to the five levels of the Developmental Model of Joyce-Moniz and Barros (2005), ordered from the most simple and concrete (level 1) to the most complex and abstract (level 5), for each of the three aforementioned disease dimensions (Tables 1, 2 and 3). Finally, the most frequent level(s) on each of the three disease dimensions were analyzed.

**Table 1.** Levels of beliefs relating to the perceived evolution of the disease (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

<i>Level</i>	<i>Description</i>
5	The perceived evolution of the disease focuses on the progressive decrease of existential autonomy.
4	The perceived evolution of the disease focuses on the progressive decrease of physical and intellectual capabilities to fulfill duties and responsibilities.
3	The perceived evolution of the disease focuses on the progressive decrease of socio-emotional and relational activities.
2	The perceived evolution of the disease focuses on the increasingly functional impairment of the body.
1	The perceived evolution of the disease is intertwined with the experience in daily life of the somato-emotional symptoms.

**Table 2.** Levels of beliefs relating to the impact of the disease on patient's life (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

<i>Level</i>	<i>Description</i>
5	Focus on the somatic and psychic disturbing transformations that affect the sense of personal integrity ( <i>e.g.</i> , loss of autonomy, impossibility to describe/define the experiences).
4	Focus on the somatic and psychological dysfunctional processes that affect the sense of individual order and duty ( <i>e.g.</i> , difficulties in reasoning, decreased ability to work).
3	Focus on the somatic processes considered deficient relating to little differentiated psychological processes that affect the sense of relational life ( <i>e.g.</i> , less contact with friends).
2	Focus on the concrete consequences of the disease, which can be attributed to reduced functional performance or to reduced response to hedonic needs ( <i>e.g.</i> , less strength and opportunity to do things, decreased sexual desire and pleasure).
1	Focus on the motor and sensory experience of suffering, which imposes itself in a peremptory and overwhelming way ( <i>e.g.</i> , fatigue and pain that limit the response to basic needs).



**Table 3.** Levels of beliefs relating to the treatment adherence (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

<i>Level</i>	<i>Description</i>
5	The treatment adherence depends on the relationship between the instrumental obligations, the experienced symptoms and the existential imperatives, in a context of integration of the medical meanings with the own beliefs of decision-making autonomy.
4	The treatment adherence depends on the accurate assessment of own capacities for comply with it, after analysis of the clinical and scientific rationality of treatment, considered the terms of medical diagnosis.
3	The treatment adherence depends on the self-confidence in the required physical and psychological capabilities and on the affective proximity of the help resources, in the context of uncertainty about the effectiveness of treatment.
2	The treatment adherence depends on the own instrumental capabilities to respond to its demands, which are legitimised by its objective usefulness.
1	The treatment adherence depends on its physical, family and financial costs, in view of the suffering, but without integrating the implications of the diagnosis in the treatment.

*Type of study*

This is an exploratory and qualitative study based on the Developmental Model of Joyce-Moniz and Barros (2005).

**Results**

Results revealed that: a) the level 1 was the most frequent on the perceived evolution of the disease and on the impact of the disease on patient’s life dimensions; b) the level 2 was the most frequent on the treatment adherence dimension (Table 4).

**Table 4.** Relative frequency of patients who have used predominantly each level of beliefs relating to perceived evolution of the disease, impact of the disease on patient’s life and treatment adherence.

<i>Levels of beliefs</i>	<i>Perceived evolution of the disease</i> %	<i>Impact of the disease on patient’s life</i> %	<i>Treatment adherence</i> %
1	53.4	92.3	8.5
2	20	6	86.8
3	5.3	1.7	1.9
4	19.3	0	2.8
5	2	0	0

**Discussion/conclusions**

The results of the present study clearly show that the majority of patients use the levels 1 or 2 on the three dimensions of the disease. Pragmatic beliefs about the usefulness of treatment or the own capabilities to respond to its demands prevail in their decision to adhere or refuse the medical treatment. Simple and concrete beliefs, focused on sensory and physical symptoms which impose themselves in a peremptory and overwhelming way, dominate their judgments about the impact of the disease on their life. And it is the experience in daily life of the somato-emotional symptoms that the most patients perspective in their beliefs about the perceived evolution of the disease.

These findings have similarities with that of Pimm, Byron, Curson, and Weinman’s trial on arthritis patients and with the results of Stone et al.’s study relating to patients’ treatment adherence. Concretely, Pimm et al. (1994) found that pain,





fatigue, stiffness and other sensory and physical symptoms were the aspects that affected more the patients' lives. According to Stone et al. (2001) patients adhere less to the most complex and demanding treatments. It is the case of the simultaneous prescription of several drugs, each one with different instructions (Sarafino, 1990).

This psychological reading of the patients' ways of thinking about the processes associated with their disease has implications for clinical practice to the extent that by allowing physicians a better understanding of the patients' perspective, the physician can adapt his language to the patients' pragmatic, simple and concrete beliefs in order to promote a better communication between them.

Despite the contributions of this study, it is important to note some of its limitations. First, the majority of female patients that participated in the study make it difficult to generalize the results for male patients. Also, the predominance of patients with lower education levels makes it difficult to generalize the results for patients with higher education levels. Therefore, it is important to include a more balanced sample regarding these socio-demographic variables in future studies.

### Acknowledgments

The authors gratefully acknowledge the contributions of the participants' physicians in data collection, by referring the patients who met the criteria for inclusion in the study.

### References

- Baum, A., & Posluszny, M. (1999). Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology, 50*, 137-163.
- Burns, E., Austin, C.A., & Bax, N.D.S. (1990). Elderly patients' understanding of their drug therapy: the effect of cognitive function. *Age Aging, 19*, 236-240.
- Conrad, P. (1987). The noncompliant patient in search of autonomy. *Hasting Center Report, 17*, 15-17.
- DiMatteo, M., Hays, R., & Prince, L. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance and physician workload. *Health Psychology, 5*, 581-594.
- Friedman, H. (1991). *The self-healing personality*. New York: Penguin Books.
- Goldberg, A., & Rubin, A. (1998). Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Social Sciences and Medicine, 46*, 1873-1876.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Psychology and Health, 20*, 597-613.
- Hafen, B., Frandsen, K., Karren, K., & Hooker, K. (1992). *Health effects of attitudes, emotions, relationships*. Provo, Utah: EMS Associates.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Pimm, T.J., Byron, M.A., Curson, D., & Weinman, J. (1994). Personal illness models and the self-management of arthritis. *Arthritis and Rheumatism, 37*, S358.
- Rapoff, M., & Christophersen, E. (1982). Improving compliance in pediatric service. *Pediatric Clinics of North American, 29*, 339-357.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology, 40*, 533-579.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.



- Stone, V., Hogan, J., Schman, P., Rompalo, A., Howard, A., Korsontzelow, C., & Smith, D. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients understanding of their regimens; survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 28, 124-131.
- Svarstad, B.L. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In D. Mechanic, L.H. Aiken, J.R. Greenley, D.P. Slesinger, B.L. Svarstad & R. Tessler (Eds.), *The growth of bureaucratic medicine: an inquiry into the dynamics of patient behavior and the organization of medical care* (pp. 220-238). New York: Wiley-Interscience.
- Taylor, S. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 40-50.



## AJUSTAMENTO À LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE MENTAL DOS SUJEITOS AFECTADOS

Ana Ribas Teixeira<sup>1\*</sup>, José Bruno Alves\*, António Santos\*\* e Juan Gestal-Otero\*

*\*Universidade de Santiago de Compostela, Espanha*

*\*\* Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, IPSN-CESPU, CRL,  
Vila Nova de Famalicão, Portugal*

**RESUMEN. Introducción:** La lesión medular traumática se presenta con un cuadro clínico que cambia de forma inesperada, grave e irreversiblemente la vida de la persona afectada, en áreas clave de su funcionamiento. Implica la confrontación con la incapacidad y con los cambios físicos irreversibles y con la necesidad absoluta para las modificaciones en los distintos niveles. Este cuadro clínico aparece frecuentemente asociado a altos niveles de ansiedad y depresión. **Método:** La muestra se recogió en Portugal durante 2012. En este estudio participaron 168 personas con lesión medular, de los cuales 127 (75,6%) eran hombres y 41 (24,4%) mujeres. Para evaluar las estrategias de afrontamiento, el instrumento utilizado fue el Brief-COPE y la ansiedad y los síntomas de depresión se evaluó mediante la HADS (Hospital de Ansiedad y Depresión Scale). **Resultados:** Los resultados de este estudio muestran que los sujetos de esta muestra utilizan preferentemente estrategias de adaptación eficaces, que incluyen la planificación, la aceptación y el afrontamiento activo y utilizan, mucho menos, estrategias que tienden a ser menos eficaces, tales el desenganche comportamental y consumo de sustancias. 73,8% de los sujetos con lesión medular mostró síntomas de la ansiedad, de las cuales 26,8% con una calificación moderada/grave, y el 71,4% de los sujetos tenían síntomas depresivos (20,8% moderada / grave). Una reinterpretación positiva se asocia con una menor incidencia de síntomas de ansiedad y depresión. Mientras que el uso de sustancias se asocia con un aumento de la incidencia de los síntomas. **Conclusiones:** Es importante hacer hincapié en la necesidad de planes de tratamiento dirigidos a esta población en particular, para que las personas puedan gestionar las consecuencias físicas y psicológicas de su incapacidad. Es fundamental maximizar su potencial residual, para que se beneficien del proceso de rehabilitación y continuar proporcionando apoyo psicológico individual durante todo el proceso de adaptación.

**Palabras clave:** lesiones medular traumática, afrontamiento y los síntomas de ansiedad y de depresión.

**ABSTRACT. Introduction:** Traumatic spinal cord injury presents as a clinical condition that changes unexpectedly and severely irreversible the life of the individual affected, in key areas of his functionality. Implies confrontation with disabling and irreversible physical changes and the absolute need for readaptation at various levels. This clinical condition is often associated with high levels of anxiety and depression. **Method:** The sample was collected in Portugal during 2012. Participated in this study 168 individuals with SCI, of which 127 (75.6%) were male and 41 (24.4%) females. To assess coping strategies, the instrument used was the Brief-Cope and anxiety and depression symptomatology was assessed using the HADS (Hospital Anxiety & Depression Scale). **Results:** The results of this study show that the subjects in this sample rely preferentially in coping strategies considered effective in the adaptation process, including the planning, acceptance and active coping and adopt significantly less strategies that tend to be less effective in this process, as behavioural disinvestment and substance use. 73.8% of subjects with SCI presented anxiety symptoms, of

<sup>1</sup> **Correspondência:** Rua do Cunha n° 120 1° esq., 4200-249 Porto. E-mail: ana.ribasteixeira@gmail.com



which 26.8% compatible with moderate/severe and 71.4% of subjects presented depressive symptoms (20.8% moderate/severe). Positive reappraisal was associated with a lower incidence of anxiety and depression symptomatology, while substance use was associated with an increased incidence of these symptoms. **Conclusions:** It is important to emphasize the need of treatment plans, orientated to this particular population and targeted to enable the individual to manage the physical and psychological consequences of their inability. It is crucial to maximize their potential residual, as also to adhere to and benefit from the rehabilitation process and still provide to these persons the necessary psychological support during all adaptive process.

**Keywords:** Traumatic spinal cord injury, coping and anxiety and depression symptoms.

### Introdução

A importância da medula como centro de informação no controlo de funções vitais como a respiração, a circulação, o controlo visceral, vesical, sexual e motor torna perceptíveis os distúrbios devastadores que poderá ter uma lesão irreversível a este nível.

O traumatismo vertebro-medular é percebido como uma situação indesejável que implica o confronto com modificações físicas permanentes e a necessidade absoluta de readaptações a vários níveis (Hammell, 2004; Lopes, 2007). A complexidade desta lesão afecta todas as esferas da vida da pessoa, requer por conseguinte, uma abordagem multidisciplinar em que os aspectos psicológicos e sociais consubstanciam o papel central em todo o processo de adaptação (Ruiz e Aguado-Díaz, 2003).

O interesse do estudo científico desta problemática é justificado pela escassa bibliografia produzida nesta área, no nosso país, pelo crescimento contínuo da prevalência de lesionados medulares e dos elevados custos pessoais, económicos e sociais que tal condição acarreta (Cardoso, 2006; Ruiz e Aguado-Díaz, 2003).

Este estudo realça a importância da sintomatologia ansiosa e depressiva enquanto variáveis preditivas do processo de adaptação à lesão vertebro-medular (LVM) traumática.

### Método

#### *Participantes*

Recorremos a uma amostra de conveniência que inclui 168 sujeitos vítimas de lesão vertebro-medular traumática, dos quais 127 (75,60%) são do sexo masculino e 41 (24,40%) do sexo feminino. Aquando do momento da lesão, a idade média dos participantes era de aproximadamente 30,10 anos de idade ( $DP = 14,14$ ) sendo que actualmente a idade dos indivíduos está compreendida entre 19 e 74 anos, com média de 41,08 ( $DP = 13,38$ ).

#### *Instrumentos*

- Questionário clínico e sócio- demográfico - Este instrumento reúne informações que caracterizam a situação sociodemográfica do participante, as características clínicas da lesão e as características do suporte social percebidas pelo sujeito.
- Brief COPE - Instrumento de investigação que tem como objectivo avaliar estilos e estratégias de coping e que tem como população alvo os adultos em geral. A escala de Caver inclui 28 itens distribuídos por 14 subescalas. As

estratégias de coping a analisar são resultado da soma de 2 itens que compõe o questionário de brief COPE. O valor de cada estratégia é dado pela soma dos resultados obtidos em cada item. Assim, dado que cada item é ordenado de 0 a 3, onde 0 indica não utilização e 3 frequente utilização da estratégia, o valor da dimensão varia de 0 a 6, onde um valor mais elevado indica uma maior utilização. Este instrumento foi validado para a população Portuguesa com uma consistência interna que segue padrões idênticos à versão original, com a maior parte das escalas a apresentar uma consistência interna superior de 0,60 (Carver, 1997; Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004; Pais Ribeiro et al., 2007).

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) - O objectivo deste instrumento de avaliação prende-se com a medida e rastreio da sintomatologia ansiosa e depressiva. Consiste em duas escalas, uma mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens, com 4 opções de resposta, cotadas de 0 a 3. Assim, e de acordo com os seus autores, a cotação é feita considerando a presença dos valores entre: 0 e 7 – “normal”; 8 e 10 – “leve”; 11 e 14 – “moderada”; 15 e 21 – “grave”. O processo de validação da versão Portuguesa do HADS mostra propriedades métricas semelhantes às de estudos internacionais, para a ansiedade um alfa de Cronbach de 0,76 e para a depressão de 0,81 (Pais Ribeiro et al., 2007; Zigmond e Snaith, 1983).

#### *Procedimento e análise*

Foram solicitadas autorizações para a realização de um estudo transversal em instituições hospitalares e de solidariedade social, centros de reabilitação e associações, em território português. A amostra foi recolhida durante o ano de 2012.

Os questionários foram preenchidos pelos próprios, quando incapacitados fisicamente com ajuda de terceiros e sob orientação dos investigadores. A participação no estudo foi voluntária e anónima, seguindo os princípios éticos de investigação.

O tratamento dos dados do questionário foi realizado com base nos testes e procedimentos disponíveis no software Statistical Program for Social Sciences (SPSS; versão 20.0 para Windows).

### **Resultados**

Na Tabela 1 estão descritas as medidas de localização e de dispersão das escalas de coping utilizadas pelos sujeitos vítimas de LVM traumática. A análise deste quadro permite depreender que as estratégias de coping mais usadas pelos sujeitos com LVM traumática são: o coping activo ( $M = 4,59$ ;  $DP = 1,29$ ) e a aceitação ( $M = 4,57$ ;  $DP = 1,28$ ) e a menos utilizada é o uso de substâncias ( $M = 0,32$ ;  $DP = 0,98$ ).

**Tabela1.** Medidas de localização e dispersão para as escalas de coping.

	<i>Dimensão do Coping</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
1	Coping activo	4,59	1,29
2	Planear	4,48	1,32
3	Utilizar suporte instrumental	2,55	1,69
4	Utilizar suporte emocional	2,97	1,77
5	Religião	2,34	2,05
6	Reinterpretação positiva	4,17	1,54



7	Auto culpabilização	1,98	1,47
8	Aceitação	4,57	1,28
9	Expressão de sentimentos	2,75	1,65
10	Negação	1,93	1,95
11	Auto distração	2,90	1,61
12	Desinvestimento comportamental	1,11	1,44
13	Uso de substâncias	0,32	0,98
14	Humor	3,62	1,82

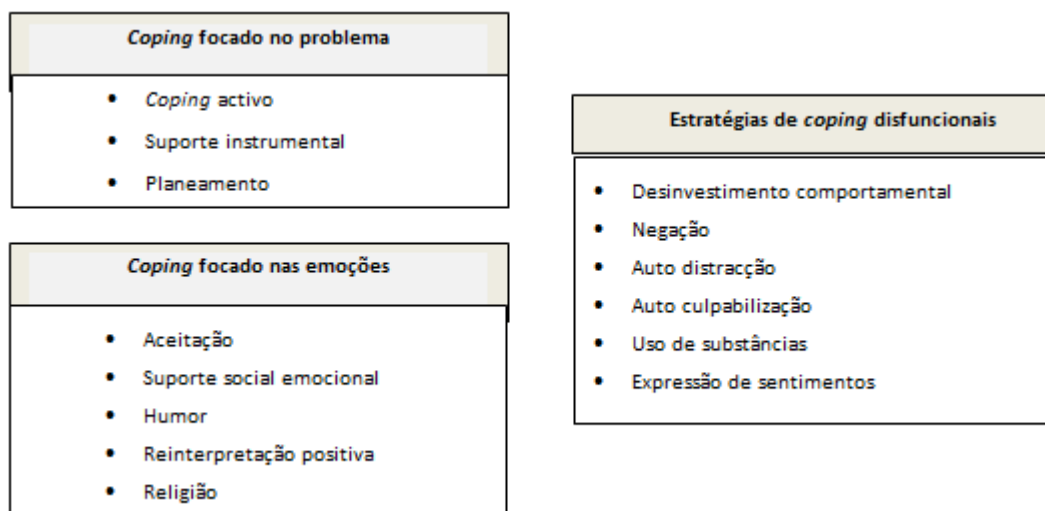
Feito o cálculo da sintomatologia depressiva, podemos observar que este varia entre 4 e 15, apresentando uma média de 8,74 ( $DP = 2$ ), enquanto que, a ansiedade varia entre 0 e 16 e apresenta uma média de 9,21 ( $DP = 2,51$ ).

A análise da Tabela 2 permite-nos observar que dos 168 sujeitos inqueridos, 44 (26,2%) não apresentaram sintomatologia ansiosa, 79 (47%) apresentam sintomatologia leve e os restantes 45 (26,8%) apresentam sintomatologia compatível com uma classificação moderada/grave. Relativamente à sintomatologia depressiva, 48 (28,6) dos inqueridos não apresentam sintomas depressivos, 85 (50,6) apresentam sintomas leves, enquanto que 35 (20,8%) apresentaram sintomatologia moderada/grave.

**Tabela 2.** Frequência de sintomatologia ansiosa e depressiva.

	<i>Sintomatologia</i>			
	<b>Ansiosa</b>		<b>Depressiva</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Normal	44	26,2	48	28,6
Leve	79	47	85	50,6
Moderado	40	23,8	34	20,2
Grave	5	3	1	0,6
Total	168	100	168	100

Na Figura 1 as estratégias de coping foram agrupadas seguindo as orientações classificativas de Carver (Cooper, Katona, Orrell e Livingston, 2008; Craver, 1997). Quando procuramos perceber se existe relação entre estas e a morbilidade psicológica do sujeito afectado, concluímos que de facto existe uma forte relação positiva ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,00$ ) entre o recurso as estratégias de coping disfuncionais e a presença de sintomatologia ansiosa, e uma relação inversa quando consideramos a presença de sintomatologia depressiva e o recurso às estratégias de coping focado no problema ( $r = -0,19$ ;  $p = 0,02$ ) e coping focado nas emoções ( $r = -0,22$ ;  $p = 0,00$ ) (Tabela 3).



**Figura1.** Classificação das estratégias de coping conforme referencial teórico de Carver.

**Tabela 3.** Classificação das estratégias de coping, conforme referencial teórico de Carver e relativamente à sintomatologia ansiosas e depressivas.

<i>Coping</i>	<i>Sintomatologia</i>	
	<b>Ansiosa</b>	<b>Depressiva</b>
Coping focado no problema	0,03	<b>-0,19*</b>
Coping focado nas emoções	-0,10	<b>-0,22**</b>
Estratégias de coping disfuncionais	<b>0,40**</b>	0,02

\*\* $p \leq 0,01$  ; \* $p \leq 0,05$

A Tabela 4 representa as médias de cada escala de coping relativamente à presença de sintomatologias ansiosas e depressivas. Na análise diferencial efectuada entre a sintomatologia ansiosa e as estratégias de coping verificam-se diferenças significativas entre quem apresenta nível normal/leve e moderado/grave de ansiedade, nas estratégias: reinterpretação positiva ( $p = 0,003$ ), auto-culpabilização ( $p = 0,014$ ), expressão de sentimentos ( $p = 0,000$ ), negação ( $p = 0,000$ ) e uso de substâncias ( $p = 0,003$ ). Os que recorrem com mais frequência a reinterpretação positiva são também aqueles que apresentam menor incidência de sintomatologia ansiosa. Em relação à auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação e uso de substâncias podemos concluir que existe uma associação entre o recurso a estas estratégias e níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa.

Para a sintomatologia depressiva, verificam-se associações significativas aquando do recurso as estratégias: coping activo ( $p = 0,012$ ), reinterpretação positiva ( $p = 0,002$ ), uso de substâncias ( $p = 0,022$ ) e humor ( $p = 0,004$ ). Os que apresentam menos sintomas depressivos são também aqueles que recorrem com mais frequência às estratégias: coping activo, reinterpretação positiva e humor. Por outro lado, os sujeitos que referem recorrer com mais frequência ao uso de substâncias, são também aqueles que apresentam mais sintomatologia depressiva.





**Tabela 4.** Médias para as escalas de coping de acordo com as sintomatologias ansiosas e depressivas dos sujeitos com LVM traumática.

	Estratégias de Coping													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Ansiedade														
Normal/Leve	4,64	4,52	2,44	2,87	2,15	<b>4,38*</b>	<b>1,79*</b>	4,71	<b>2,35*</b>	<b>1,47*</b>	2,86	,98	<b>,20*</b>	3,80
Moderada/Grave	4,47	4,36	2,84	3,24	2,84	<b>3,60*</b>	<b>2,47*</b>	4,18	<b>3,80*</b>	<b>3,16*</b>	3,00	1,47	<b>,64*</b>	3,13
Depressão														
Normal/Leve	<b>4,71*</b>	4,55	2,67	3,05	2,36	<b>4,36*</b>	1,99	4,62	2,71	1,80	2,99	1,02	<b>,22*</b>	<b>3,84*</b>
Moderada/Grave	<b>4,17*</b>	4,20	2,09	2,69	2,26	<b>3,46*</b>	1,91	4,37	2,91	2,41	2,53	1,47	<b>,69*</b>	<b>2,77*</b>

\* $p \leq 0,05$

Legenda: 1- Coping activo; 2- Planear; 3- Utilizar suporte instrumental; 4- Utilizar suporte social emocional; 5- Religião; 6- Reinterpretação positiva; 7- Auto-culpabilização; 8- Aceitação; 9- Expressão de sentimentos; 10- Negação; 11- Auto distração; 12- Desinvestimento comportamental; 13- Uso de substâncias (medicamentosas/álcool); 14- Humor

### Conclusões

As estratégias de coping mais usadas pelos sujeitos com LVM traumática são as estratégias focadas no problema, seguidas das estratégias focadas nas emoções. As disfuncionais são de facto, as menos utilizadas por esta amostra.

A depressão e a ansiedade são consideradas por diversos autores como indicadores de ajustamento a LVM (Kennedy, 2007; Martz, Livneh, Priebe, Wuermser, e Ottomanelli, 2005; Ruiz, Aguado-Díaz e Rodríguez 2008). Assim, ao relacionarmos as estratégias de coping, com a incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva, é possível deprender quais as estratégias que tendem a ser mais adaptativas e aquelas, que por sua vez, tendem a ser menos eficazes neste processo.

Poderemos então aceitar que a reinterpretação positiva, o humor, o coping activo afiguram-se como estratégias tendencialmente eficazes no processo de adaptação a LVM traumática, ao passo que a expressão de sentimentos, a auto culpabilização, a negação e o uso de substâncias, serão estratégias tendencialmente menos eficazes, em todo este processo. Achados semelhantes são encontrados na revisão bibliográfica elaborada por Ruiz e colaboradores (2008) e confirmados pela classificação das escalas do brief COPE de Carver que denuncia estas estratégias como disfuncionais num processo de adaptação em situações de stress.

As limitações deste estudo passam pela dificuldade em reunir uma amostra representativa desta população a nível nacional, facto justificado pela inexistência de dados estatísticos, uma rede de cuidados diferenciados ou referenciados para esta população ou mesmo instituições vocacionadas para esta problemática.

Esperamos que este estudo possa subsidiar propostas de intervenção durante o processo de adaptação à condição de lesionado medular. Os resultados sugerem a necessidade de considerar equipas multidisciplinares capazes de gerir um tratamento múltiplo e integrado (terapia farmacológica, física e psicológica). O objectivo final passa por perspectivar o restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial do sujeito com LVM e sua reintegração na sociedade.

Propomos mais Investigação no sentido de se desenvolver modelos teóricos específicos para esta problemática bem como a construção de instrumentos validados metodologicamente para esta população específica, que possam incluir dados clínicos, de funcionalidade, de adaptação física e psicológica, integração social, entre outros, considerados pertinentes à especificidade deste quadro clínico.





## Referências

- Aguado-Díaz, A., Fontanil, Y., Arias, B. e Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad*. Madrid: Inmerso.
- Aguado-Díaz, A. e Rodriguez, M. (2005). Una vision psicosocial del envejecimiento de las personas com lesion medular. *Intervención Psicosocial*, 14, 51-63.
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e deficiência – adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular*. (1a. ed.). Coimbra: Quarteto.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. e Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. e Livingston G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 929-936.
- Elfstrom, M., Rydén, A., Taft, C., & Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.
- Hammell, K. W. (2004). Quality of life among people with high spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord*, 42, 607-620.
- Hammell, K.W. (2007). Experience of rehabilitation following spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings. *Spinal Cord*, 45, 260-274.
- Kennedy, P. (2007). *Psychological Management of Physical Disabilities: A practitioner's guide*. New York: Routledge.
- Lopes, E. M. V. (2007). *Construção da identidade pessoal em pessoas que sofreram de lesão medular traumática. Estudo exploratório através de grelhas de repertório*. Tese de mestrado: Universidade do Minho.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., e Wuermsler, L. A. (2005). Predictors of Psychosocial Adaptation Among People With Spinal Cord Injury or Disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1182-1192.
- Pais-Ribeiro, J. e Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia saúde e doença*, 5, 3-15.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, L. Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. e Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 225-237
- Ruiz, M. B. R., Aguado-Díaz, A., & Rodríguez, A. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17, 109-124.
- Zigmond, A. P. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.



## EL MALESTAR EMOCIONAL EN LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES

Elisabet Hermida<sup>1</sup>, Fernando L. Vázquez, Vanessa Blanco,  
Patricia Otero y Ángela Torres

*Universidad de Santiago de Compostela, España*

**RESUMEN. Antecedentes:** Debido al enorme incremento de los índices de dependencia que se está dando en las últimas décadas, los cuidadores no profesionales se tornan en un recurso esencial en nuestra sociedad. Apoyan a las personas en situación de dependencia y componen uno de los recursos más importantes para la política social y sanitaria. Sin embargo, cuidar a una persona en situación de dependencia puede afectar a su estabilidad psicológica. El objetivo de este estudio fue evaluar el malestar emocional en una muestra de cuidadores no profesionales. **Método:** Se seleccionaron al azar una muestra de 504 cuidadores no profesionales (edad media de 55,1 años; 88,9% mujeres) de Galicia. Psicólogas entrenadas para el estudio recabaron información sobre variables sociodemográficas y de la situación de cuidado de los participantes con un cuestionario ad hoc y obtuvieron información sobre el malestar emocional con el Cuestionario de Salud General (GHQ-28). **Resultados:** Un 33,1% de los cuidadores no profesionales evaluados presentaban un malestar emocional elevado. La *odds* de presentar malestar emocional fue significativamente mayor en los participantes más jóvenes (OR = 0,65; IC95% 0,45-0,95) y en los que no compatibilizaban el cuidado con un empleo fuera del hogar (OR = 2,34; IC 95% 1,31-4,19). **Conclusiones:** Un elevado número de cuidadores no profesionales presentaron malestar emocional. Los datos no muestran evidencia de que existan diferencias en el perfil sociodemográfico ni en la situación de cuidado entre los cuidadores que presentaron malestar emocional y los que no, salvo en lo relacionado con su edad y situación laboral.

**Palabras clave:** cuidadores no profesionales, cuidado informal, malestar emocional, GHQ-28.

**ABSTRACT. Background:** Given the enormous increase in the dependency indexes being experienced in the last decades, the nonprofessional caregivers become an essential resource in our society. They support the dependent people and constitute one of the most important resources for social and health policies. However, taking care of a dependent person may affect their psychological stability. The aim of this study was to evaluate the emotional distress in a sample of nonprofessional caregivers. **Methods:** A sample of 504 nonprofessional caregivers from Galicia (mean age = 55.1 years; 88.9% female) was randomly selected. Female psychologists previously trained for the study collected information on the variables related to sociodemographic factors and the caregiving situation using an ad hoc questionnaire and obtained information on the emotional distress using the General Health Questionnaire (GHQ-28). **Results:** 33.1% of the assessed non professional caregivers showed high emotional distress. The odds of experiencing emotional distress were significantly higher for the younger participants (OR = 0.65; CI95% 0.45-0.95) and for those who didn't reconcile care and work outside the home (OR = 2.34; CI 95% 1.31-4.19). **Conclusions:** A high number of nonprofessional caregivers exhibited emotional distress. The data don't show evidence for the existence of differences in the sociodemographic profile or

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Unidad de Trastornos Depresivos, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, R/ Xosé María Suárez Núñez, s/n, 15782, Santiago de Compostela. E-mail: elisabet.hermida@rai.usc.es



the caregiving situation between the caregivers experiencing emotional distress and those who were not, except in relation to their age and occupational situation.

**Keywords:** Nonprofessional caregivers, informal caregiving, emotional distress, GHQ-28.

### Introducción

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional, las consecuencias de la siniestralidad vial y laboral, así como el aumento de las tasas de supervivencia de algunas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas, han supuesto un importante incremento de los índices de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

En España se estima que, a día de hoy, aproximadamente 3.850.000 personas presentan alguna discapacidad o limitación para realizar las actividades de la vida diaria, y en torno a 2.150.000 personas dependen de la ayuda de otra persona (Esparza, 2011).

Ante este panorama, los cuidadores no profesionales se tornan en un recurso esencial en nuestra sociedad. Constituyen un apoyo vital para las personas en situación de dependencia y componen uno de los recursos más importantes para la política social y sanitaria. De hecho, el cuidado no profesional sigue siendo mayoritario, y son las familias las que asumen el cuidado de más del 70% de las personas en situación de dependencia de nuestro país (Esparza, 2011).

La labor extraordinaria que realizan los cuidadores no profesionales, no está exenta de costes para sí mismos. Cuidar a un familiar en situación de dependencia trae asociadas una serie de consecuencias en sus relaciones familiares e interpersonales, en su vida laboral y su economía y en su tiempo de ocio y les coloca en una situación delicada en la que tienen mayores probabilidades de presentar problemas de salud, tanto física como emocional (Crespo y López, 2007; IMSERSO, 2005). Entre otros hallazgos, se ha encontrado que los cuidadores presentan más síntomas de depresión, de ansiedad y problemas de sueño (Cooper, Balamurali y Livingston, 2007; Cuijpers, 2005; Mahoney, Ragan, Catona y Livingston, 2005; Shulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995; Sörensen, Duberstein, Gill y Pinquart, 2006).

Las dificultades relacionadas con el malestar emocional del cuidador conllevan, además, cierta afectación en su habilidad para continuar realizando las tareas de cuidado (Aggar, Ronaldson y Cameron, 2010; McNeil et al. 2009) e influyen negativamente en la persona que necesita sus cuidados, por lo que las repercusiones de este problema son doblemente negativas.

El objetivo de este estudio fue evaluar el malestar emocional en una muestra de cuidadores no profesionales.

### Método

#### *Participantes*

Los participantes de este estudio fueron 504 cuidadores no profesionales de Galicia. Los cuidadores tenían edades comprendidas entre los 21 y los 86 años ( $M = 55,1$ ;  $DT = 10,8$ ), el 88,9% eran mujeres, el 76% vivían en pareja, el 50,4% pertenecían a la clase social baja/media-baja, el 57,3% tenía estudios primarios, el 52% vivía en una zona rural. El 16,5% de los participantes compatibilizaba el cuidado con un empleo



fuera del hogar y el 58,5% contaba con unos ingresos mensuales por unidad familiar de entre 1.000 y 1.999 euros. Además, cuidaban a su familiar una media de 16,4 horas al día durante un promedio de 11,6 años (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y de la situación de cuidado.

<i>Características</i>	<i>N = 504</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Hombre	56	11,1
Mujer	448	88,9
<b>Edad</b>		
<i>M</i>	55,1	
<i>DT</i>	10,8	
Intervalo	21-86	
<b>Estado civil</b>		
Con pareja	383	76
Sin pareja	121	24
<b>Clase social</b>		
Baja/Media-baja	254	50,4
Media/Media alta	250	49,6
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	128	25,4
Primarios	289	57,3
Secundarios/superiores	87	17,3
<b>Empleo fuera del hogar</b>		
Sí	83	16,5
No	421	83,5
<b>Ingresos mensuales familiares</b>		
Hasta 999€	137	27,2
De 1000 a 1999 €	295	58,5
Más de 2000 €	72	14,3
<b>Medio</b>		
Rural	262	52
Urbano	242	48
<b>A quien cuida</b>		
Pareja	47	9,3
Hijo/a	90	17,9
Padre/Madre	219	43,5
Otros familiares	148	29,4
<b>Tiempo cuidando (años)</b>		
<i>M</i>	11,6	
<i>DT</i>	9,3	
<b>Horas diarias dedicadas al cuidado</b>		
<i>M</i>	16,5	
<i>DT</i>	3,5	

### *Materiales*

Para obtener información sobre las características sociodemográficas y de la situación de cuidado, se elaboró un cuestionario ad hoc con el que recoger información sobre el sexo, la edad, el estado civil, la clase social, el nivel de estudios, el empleo, los ingresos mensuales familiares y la zona de residencia, además del parentesco con la persona en situación de dependencia y el tiempo y las horas dedicadas al cuidado.

Se recabó la información sobre el malestar emocional a través del Cuestionario de Salud General (GHQ-28) (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg, 1979;

versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979). Esta escala contiene 28 ítems divididos en 4 subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) de siete ítems cada una con 4 opciones de respuesta. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 28, donde una mayor puntuación indica un mayor malestar. Existen para esta escala varios métodos de corrección, aquí se utilizó el método de puntuación GHQ en el que se asignan los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. Este es también el método utilizado por el autor original del instrumento y en la validación española (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). Se ha establecido para este cuestionario un punto de corte en 5/6 (no caso/caso), que cuenta con una sensibilidad de 84,6% y una especificidad de 82% (Lobo et al., 1986).

### *Diseño*

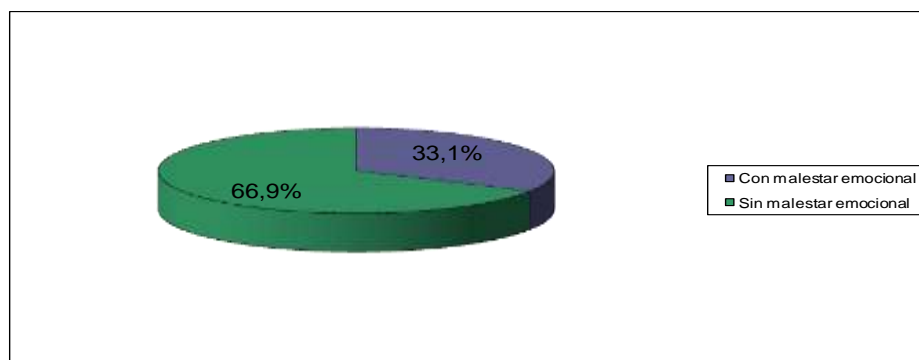
Se realizó un diseño transversal en el que se evaluaron las características sociodemográficas y de la situación de cuidado de los participantes, así como la presencia o ausencia del malestar emocional. Además, se evaluó la existencia de diferencias en cuanto al perfil sociodemográfico y de cuidado de aquellos cuidadores que presentaban malestar emocional y los que no lo presentaban a través del cálculo de la OR. Además, se realizó un ajuste por sexo y por edad y sexo. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 18.0).

### *Procedimiento*

La muestra del estudio se obtuvo de entre los cuidadores no profesionales de Galicia reconocidos oficialmente por la Xunta, organismo con el que se firmó un convenio para facilitar el acceso a esa población. Para la realización de este estudio se seleccionaron al azar y se evaluaron a 504 cuidadores no profesionales. Los cuestionarios fueron aplicados por psicólogas entrenadas y con experiencia clínica, y todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

## **Resultados**

Se encontró que un 33,1% de los cuidadores no profesionales que participaron en este estudio presentaban un malestar emocional elevado, evaluado con la GHQ-28 (ver Figura 1).



**Figura 1.** Cuidadores no profesionales con malestar emocional.

Al evaluar la existencia de diferencias en cuanto al perfil sociodemográfico y de la situación de cuidado de aquellos cuidadores que presentaban malestar emocional y los que no lo presentaban, se encontró que la OR de presentar malestar emocional fue



significativamente menor en los cuidadores que tenían 56 o más años, que en aquellos más jóvenes (OR = 0,65; IC95% 0,45-0,95) (ver Tabla 2). El menor riesgo de los cuidadores más mayores continúa siendo significativo al ajustar por sexo. La odds de presentar malestar emocional fue significativamente mayor en los participantes que no compatibilizaban el cuidado con un empleo fuera del hogar (OR = 2,34; IC 95% 1,31-4,19), que en aquellos que solo se dedican al cuidado. El menor riesgo de los cuidadores que tienen un trabajo, continúa siendo significativo al ajustar por sexo y por edad y sexo.

**Tabla 2.** Diferencias entre los cuidadores no profesionales con o sin malestar emocional.

<i>Características</i>	<i>Caso</i>	<i>No caso</i>	<i>OR (95% CI)</i>	<i>OR ajustada por sexo (95% CI)</i>	<i>OR ajustada por sexo y edad (95% CI)</i>
<b>Sexo</b>					
Hombre	16 (9,6)	40 (11,9)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
Mujer	151 (90,4)	297 (88,1)	0,79 (0,43-1,45)		1,16 (0,62-2,15)
<b>Edad (años)</b>					
Hasta 55	96 (57,5)	157 (46,6)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
56 o más	71 (42,5)	180 (53,4)	0,65 (0,44-0,94)	0,65 (0,45-0,95)	0,65 (0,45-0,95)
<b>Estado civil</b>					
Sin pareja	35 (21,0)	86 (25,5)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
Con pareja	132 (79,0)	251 (74,5)	1,29 (0,83-2,02)	1,29 (0,82-2,01)	1,30 (0,83-2,03)
<b>Clase social</b>					
Baja/Media-baja	94 (56,3)	160 (47,5)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
Media/Media-alta	73 (43,7)	177 (52,5)	0,70 (0,48-1,02)	0,70 (0,49-1,02)	0,69 (0,47-1,0)
<b>Nivel de estudios</b>					
Sin estudios	39 (23,4)	89 (26,4)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
Primarios	99 (59,3)	190 (56,4)	1,19 (0,76-1,86)	1,18 (0,75-1,84)	0,98 (0,61-1,59)
Secundarios/superiores	29 (17,4)	58 (17,2)	1,14 (0,64-2,05)	1,16 (0,65-2,02)	0,92 (0,49-1,72)
<b>Zona de residencia</b>					
Rural	88 (52,7)	174 (51,6)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
Urbana	79 (47,3)	163 (48,4)	0,96 (0,66-1,39)	0,32 (0,66-1,40)	1,00 (0,69-1,45)
<b>Empleo fuera del hogar</b>					
Sí	16 (9,6)	67 (19,9)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
No	151 (90,4)	270 (80,1)	2,34 (1,31-4,19)	2,33 (1,30-4,17)	2,69 (1,48-4,86)
<b>Ingresos mensuales</b>					
Hasta 999	48 (28,7)	89 (26,4)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
De 1000 a 1999	95 (56,9)	200 (59,3)	0,88 (0,57-1,35)	0,85 (0,55-1,32)	0,83 (0,54-0,29)
De 2000 en adelante	24 (14,4)	48 (14,2)	0,54 (0,51-1,69)	0,33 (0,50-1,66)	0,89 (0,49-1,64)
<b>¿A quién cuida?</b>					
Cónyuge/Pareja	15 (9,0)	32 (9,5)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
Hijo/a	28 (16,8)	62 (18,4)	1,07 (0,53-2,17)	0,93 (0,43-2,0)	0,79 (0,36-1,73)
Padre/Madre	79 (47,3)	140 (41,5)	1,03 (0,59-1,82)	1,16 (0,59-2,29)	1,03 (0,51-2,04)
Otros familiares	45 (26,9)	103 (30,6)	0,44 (0,83-2,02)	0,75 (0,44-1,82)	0,74 (0,35-1,54)
<b>Tiempo cuidando (años)</b>					
Hasta 8	92 (55,1)	154 (45,7)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
9 o más	75 (44,9)	183 (54,3)	0,69 (0,47-1,0)	0,69 (0,48-1,00)	0,72 (0,50-1,05)
<b>Horas diarias que dedica al cuidado</b>					
Hasta 12	20 (12,0)	53 (15,7)	1 [Referencia]	1 [Referencia]	1 [Referencia]
13 o más	147 (88,0)	284 (84,3)	1,37 (0,79-2,38)	1,36 (0,78-2,36)	1,55 (0,88-2,73)





Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre aquellos cuidadores que presentaban malestar emocional o no lo presentaban respecto al resto de variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, clase social, nivel de estudios, ingresos y zona de residencia) y de la situación de cuidado (parentesco con la persona cuidada, horas diarias dedicadas a las labores de cuidado y tiempo cuidando), tanto tomando las puntuaciones sin ajustar como cuando se realiza el ajuste por sexo y por edad y sexo.

### Discusión/conclusiones

Se encontró que un elevado número de cuidadores no profesionales presentaron malestar emocional. Este resultado va en la línea de otros estudios que informan de un gran número de cuidadores que puntúan a nivel caso en la escala GHQ-28 (ej., Cooper, Robertson, Livingston, 2003; Costa, Espinosa y Cristófol, 2013; Harrison, Haddad y Maguirre, 1995), si bien estos estudios suelen dirigirse a muestras muy concretas de cuidadores.

No hubo diferencias en el perfil sociodemográfico ni en la situación de cuidado entre los cuidadores que presentaron malestar emocional y los que no, salvo en lo relacionado con su edad y su situación laboral. Presentaban un mayor riesgo aquellos cuidadores más jóvenes y los que no trabajaban fuera del hogar.

El elevado porcentaje de cuidadores no profesionales que presentan malestar emocional es preocupante debido no sólo a las repercusiones que esto tiene sobre su propio bienestar, sino porque puede acabar afectando a la calidad de los cuidados que presta a la persona en situación de dependencia (Aggar et al., 2010; McNeil et al., 2009). Por ello, se recomienda a los servicios sanitarios y sociales prestar atención al malestar emocional de los cuidadores no profesionales

### Agradecimientos

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Proyecto 2007/PN017) y Unidad de Dependencia de la Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía Persoal (Xunta de Galicia).

### Referencias

- Aggar, C., Ronaldson, S. y Cameron, I. D. (2010). Reactions to caregiving of frail, older persons predict depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 409-415. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00688.x
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S. y Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19, 175-195. doi: 10.1017/S1041610206004297
- Cooper, C., Robertson, M.M. y Livingston, G. (2003). Psychological morbidity and caregiver burden in parents of children with Tourette's disorder and psychiatric comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1370-1375.
- Costa, G., Espinosa, M.C. y Cristófol, R. (2013). Evaluación del sufrimiento en la demencia avanzada. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.09.003>
- Crespo, M. y López, J. (2007b). *El estrés en cuidadores mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 9, 325-330. doi: 10.1080/13607860500090078



- Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pmdiscapacidad-01.pdf>
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145. doi: 10.1017/S0033291700021644
- Harrison, J., Haddad, P. y Maguire, P. (1995). The impact of cancer on key relatives: a comparison of relative and patient concerns. *European Journal of cancer*, 31, 1736-1740
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299 del 15 de diciembre del 2006). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140. doi:10.1017/S0033291700002579
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C. y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: The LASER-AD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 795-801.
- McNeil, G., Kosberg, J. I., Durkin, D.W., Dooley, W.K., DeCoster, J. y Williamson, G.M. (2009). Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behaviour: The central role of caregiver anger. *Gerontologist*, 50, 76-86. doi: 10.1093/geront/gnp099
- Muñoz, P. E., Vázquez-Barquero, J. L., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D. P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791. doi: 10.1093/geront/35.6.771
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. y Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, interventions strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5, 961-973. doi:10.1016/S1474-4422(06)70599-3





## PATRÓN DE DÉFICITS COGNITIVOS SEGÚN CAMCOG-R EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA ESCALA GDS

Federico Cardelle<sup>1\*</sup>, Jesús Antonio García-Casal\*, Nuria Ordoñez-Cambolor\* y Carlos García-Moja\*\*

\*Hospital Universitario de Burgos, España

\*\*Hospital Divino Valles (Burgos), España

**RESUMEN. Antecedentes:** La Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS) se utiliza habitualmente para estimar el grado de deterioro global, teniendo en cuenta datos tanto cognitivos como funcionales. El CAMCOG-R se utiliza para una evaluación más profunda del deterioro cognitivo, obteniendo puntuaciones en distintas áreas cognitivas. **Método:** Nuestro objetivo es relacionar el patrón de déficits cognitivos según el CAMCOG-R con el nivel de deterioro global según el GDS. Para ello utilizamos una muestra constituida por 348 pacientes, de entre 60 y 87 años, derivados para evaluación de posible deterioro cognitivo por los psicólogos internos residentes del Hospital de Burgos. Se realizó una valoración neuropsicológica con una batería de pruebas constituida fundamentalmente por el test CAMCOG-R, subpruebas del WMS III y TMT-A. En la presente investigación, relacionamos el deterioro en las distintas áreas del CAMCOG-R (orientación, lenguaje, memoria, atención, praxis, razonamiento abstracto y percepción) con el grado de deterioro cognitivo según el GDS. **Resultados y conclusiones:** Mostramos los resultados descriptivos para cada una de las variables y realizamos pruebas ANOVA, junto con la prueba *post-hoc* de Games-Howell. Se encuentra un deterioro cognitivo significativo entre cada nivel de deterioro según GDS, excepto entre GDS-1 y GDS-2 (donde la diferencia es sólo significativa en el área de percepción), y en el caso de la memoria entre GDS-4 y GDS-5 (probablemente debido a que la memoria en GDS-5 ya está demasiado dañada en GDS-4 como para que el CAMCOG-R sea suficientemente sensible). Al considerar las diferencias medidas en desviaciones típicas, encontramos un descenso importante en lenguaje y atención entre GDS-4 y GDS-5 (indicando que son funciones con pérdidas importantes solo en fases avanzadas del deterioro) y en praxis entre GDS-2 y GDS-3 (señalando posiblemente su importancia en la detección de las demencias).

**Palabras Clave:** CAMCOG-R, GDS, demencia, neuropsicología.

**ABSTRACT. Introduction:** The Reisberg Global Deterioration Scale (GDS) is usually utilized to assess the global deterioration level, considering both cognitive and functional data. CAMCOG-R is used for a deeper evaluation of the cognitive deterioration, resulting in scores in several cognitive areas. **Method:** Our aim is to find a relation between the cognitive deficits pattern assessed using CAMCOG-R and the global deterioration level assessed with the GDS scale. The sample was formed by 348 patients, aged between 60 and 87, sent for evaluation of possible cognitive deterioration by resident psychologists in Burgos Hospital. The neuropsychological evaluation was formed by a set of tests including the CAMCOG-R, WMS III subtests and TMT-A. In this paper, we relate the deterioration in the CAMCOG-R areas (orientation, language, memory, attention, praxis, abstract reasoning and perception) to the cognitive deterioration level assessed by the GDS scale. **Results and conclusions:** We show the descriptive results for each variable and we use ANOVA test, along with the Games-Howell post-hoc test. We find a significant cognitive deterioration between each GDS

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Hospital Divino Valles, Complejo asistencial universitario de Burgos. Calle Islas Canarias, 1, 09006, Burgos (España). E-mail: fcardelle2@yahoo.es



deterioration level, except for GDS-1 and GDS-2 (where the difference is only significant in the perception area), and memory between GDS-4 and GDS-5 (this is probably because the memory has been already too damaged in GDS-4 patients and CAMCOG-R is not sensitive enough to find further significant differences). When we take into account the mean differences in standard deviations, we find an important decrease in language and attention between GDS-4 and GDS-5 (probably because these are functions with an important decrease only in advanced stages of deterioration) and in praxis between GDS-2 and GDS-3 (indicative of its importance as an indicator of dementia).

**Keywords:** CAMCOG-R, GDS, dementia, neuropsychology.

### Introducción

La evaluación neuropsicológica de pacientes con posible demencia es una tarea compleja que requiere información de diversas fuentes. Según Williams (2008), estas fuentes incluyen (1) entrevista con la familia u otros acompañantes del paciente, (2) entrevistas clínicas, (3) autoinformes del paciente y (4) los resultados de valoraciones neuropsicológicas formales. Todas estas fuentes de información permitirán al profesional determinar si las funciones cognitivas del paciente se encuentra conservadas, si nos encontramos ante un proceso de envejecimiento normal o si, por el contrario, se ha iniciado un proceso de demencia. En algunos casos, el patrón de deterioro cognitivo puede permitir también hipotetizar la etiología de la demencia (demencia tipo Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, etc.), aunque en la mayoría de los casos resulta imposible precisar la enfermedad subyacente con suficiente seguridad.

El Camdex-R es una prueba de valoración que pretende reunir de forma sistemática los tipos de información antes referidos para llegar a establecer el diagnóstico clínico (Roth, Huppert, Mountjoy y Tym, 2006). Esta prueba es ampliamente utilizada debido a su relativa facilidad de aplicación, su gran apoyo experimental y a unos datos de fiabilidad y validez satisfactorios (Huppert et al., 1996). El examen cognitivo que forma parte de este instrumento es llamado Camcog-R y evalúa las distintas áreas cognitivas (orientación, lenguaje, memoria, atención/cálculo, praxis, pensamiento abstracto y percepción) para permitir la valoración del rango total de la habilidad cognitiva del paciente. Se obtienen puntuaciones para cada una de estas áreas y también se suman para obtener una puntuación total.

La *Global Deterioration Scale de Reisberg* (GDS) es un instrumento utilizado para valorar el deterioro producido por una demencia degenerativa primaria (Reisberg, Ferris, de Leon y Crook, 1982) indicando el estado de declive del paciente. La escala permite situar al paciente en uno de siete estadios de deterioro, desde GDS-1 (sin deterioro), hasta GDS-7 (deterioro cognitivo muy grave), utilizando para ello la impresión global del profesional, a partir fundamentalmente de la sintomatología que presenta el paciente en su vida diaria, aportada habitualmente por los familiares, y también valorando lo observado durante la entrevista clínica.

No hemos encontrado excesiva investigación previa que trate de encontrar las relaciones entre el funcionamiento cognitivo del paciente medido con pruebas neuropsicológicas y su funcionamiento global. La investigación encontrada parece señalar que las correlaciones entre estos dos aspectos de la demencia son en general moderadas (Bouwens et al., 2008), situándose los resultados en esta misma línea cuando se correlaciona el declive cognitivo con las dificultades en las actividades de la vida



diaria (Suh, Ju, Yeon y Shah, 2004).

## Método

### *Participantes*

La muestra ha estado constituida por 348 pacientes de entre 60 y 87 años (16,7% entre 60 y 69 años, 59,2% entre 70 y 79 años, 24,1% entre 80 y 87 años). La distribución por sexo fue de 230 mujeres y 118 hombres. Los pacientes eran procedentes de la provincia de Burgos y habían sido derivados por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos (78% de los casos) o por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Valles de Burgos (el 22% restante) para realizar una evaluación neuropsicológica por aparente deterioro cognitivo que hacía sospechar de un posible inicio de demencia. Las evaluaciones neuropsicológicas fueron realizadas por los psicólogos internos residentes del Hospital Universitario de Burgos.

### *Instrumentos*

Las escalas objeto de la investigación son el test neuropsicológico Camcog-R y la escala de deterioro cognitivo GDS, que aplicamos valorando principalmente la información aportada por los acompañantes del paciente. La evaluación neuropsicológica se completa con subpruebas del WMS III (dígitos, control mental y lista de palabras), el *Trail Making Test A* (TMT-A), la prueba GDS de depresión y otras pruebas que se eligen en función del estado del paciente y las preferencias del evaluador. Los datos se almacenan en una base de datos y fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

### *Diseño*

Se trata de un diseño de análisis de varianza (ANOVA) en el que los grupos vienen dados por el estadio de deterioro según la escala GDS, siendo por tanto un diseño ex post facto en el que tratamos de analizar si existe una relación significativa entre el nivel de deterioro según la escala GDS y la puntuación en cada una de las áreas y con la puntuación total de la prueba Camcog-R. Se realizaron análisis post-hoc mediante el test de Games-Howell (elegido por ser distinto el número de sujetos en cada grupo y por no poder garantizar la homogeneidad de las varianzas). También se hallaron el tamaño del efecto del paso de cada nivel de deterioro sobre las puntuaciones en el Camcog-R, utilizando como estadístico la *d* de Cohen (Rosenthal, 1994).

### *Procedimiento*

Los pacientes acudieron al Hospital Divino Valles de Burgos a las 16:15 horas. En primer lugar pasaron a consulta el paciente junto con los acompañantes con el objeto de obtener información de ambas fuentes sobre la sintomatología del paciente, su situación social y su nivel de funcionalidad en el hogar. Posteriormente, el paciente se quedaba a solas con el examinador aproximadamente una hora para contestar las pruebas neuropsicológicas, mientras los acompañantes esperaban fuera rellenando unas escalas sobre la capacidad del paciente en las actividades de la vida diaria.

## Resultados

Al valorar a los pacientes según la escala GDS, encontramos que, de los pacientes derivados incluidos en la investigación, 24 recibieron una valoración de GDS-1 (es decir, sin deterioro funcional), 42 GDS-2 (presentando quejas cognitivas subjetivas y no



objetivables), 174 GDS-3 (deterioro objetivable leve), 94 se encontraban en GDS-4 (presentando un deterioro leve-moderado), 14 ya tenían un GDS-5 (deterioro moderado).

**Tabla 1.** Puntuación media en las áreas del CAMCOG según GDS.

	<i>Orient.</i>	<i>Lenguaje</i>	<i>Memoria</i>	<i>Atención</i>	<i>Praxis</i>	<i>Razonam.</i>	<i>Percepc.</i>	<i>TOTAL</i>
GDS-1	9,29	25,46	20,92	7,71	10,58	6,00	6,67	87,04
GDS-2	8,90	24,33	18,14	7,55	9,50	4,86	5,86	79,36
GDS-3	7,47	22,70	12,86	5,74	7,34	3,41	5,00	64,57
GDS-4	5,65	19,77	8,91	4,16	5,97	2,26	4,40	50,92
GDS-5	4,00	15,00	6,21	1,79	3,79	0,93	3,50	35,21

*Nota.* Orient.= Orientación; Razonam.= Razonamiento Abstracto; Percepc.= Percepción.

En la Tabla 1 reflejamos las puntuaciones medias de los pacientes, según su GDS, en cada una de las áreas medidas por el Camcog-R. Podemos observar que, de forma consistente, se encuentra una reducción en las puntuaciones en cada una de las áreas al aumentar el GDS de los pacientes. Al analizar estos datos mediante ANOVA, encontramos que el valor del estadístico F es significativo en cada una de las áreas, para un valor de  $p < 0,001$ .

Posteriormente realizamos un análisis post-hoc con el test de Games-Howell. Los resultados nos indican que las diferencias entre cada nivel de GDS y el siguiente son siempre significativas para un valor de  $p < 0,01$ , con la excepción del paso de GDS-1 a GDS-2, donde el resultado sólo es significativo para los valores totales del Camcog-R y para el área de memoria (y en este caso sólo para un valor de  $p < 0,05$ ) y con la excepción también del descenso en las puntuaciones de memoria entre GDS-4 y GDS-5, que tampoco fue significativa.

Una vez que sabemos, como era de esperar, que las puntuaciones en el Camcog-R empeoran según avanza el GDS, pasamos a analizar en qué áreas este descenso es más pronunciado, calculando para ello el tamaño del efecto entre cada nivel de GDS y el siguiente.

**Tabla 2.** Tamaños del efecto al pasar de un GDS al siguiente.

	<i>Orient.</i>	<i>Lenguaje</i>	<i>Memoria</i>	<i>Atención</i>	<i>Praxis</i>	<i>Razonam.</i>	<i>Percepc.</i>	<i>TOTAL</i>
GDS-1 a 2	0,18	0,31	0,51	0,06	0,43	0,49	0,61	0,52
GDS-2 a 3	0,67	0,45	0,97	0,68	0,86	0,62	0,65	1,00
GDS-3 a 4	0,84	0,82	0,73	0,59	0,55	0,49	0,45	0,92
GDS-4 a 5	0,77	1,33	0,50	0,89	0,87	0,57	0,68	1,06

*Nota.* Orient.= Orientación; Razonam.= Razonamiento Abstracto; Percepc.= Percepción.

Como podemos ver en la Tabla 2, la mayoría de los efectos encontrados se pueden considerar de magnitud moderada o alta, encontrándose en su mayor parte entre 0,40 y 0,90 desviaciones típicas. El mayor impacto se produce cuando comparamos los resultados de los pacientes con GDS-4 y GDS-5 en lenguaje, encontrando un descenso de 1,33 desviaciones típicas. También es de destacar un descenso en el rendimiento de la memoria de 0,97 desviaciones típicas entre GDS-2 y GDS-3, y un empeoramiento cercano a una desviación típica en la puntuación total del Camcog-R entre cada nivel de GDS, excepto GDS-1 y GDS-2. Por último, resaltaremos que la bajada de rendimiento en praxis parece producirse en mayor medida en dos momentos, entre GDS-2 y GDS-3, y luego entre GDS-4 y GDS-5.

### Conclusiones

Como es esperable, según se va viendo reducida la capacidad funcional de los pacientes, valorada según los criterios funcionales de la escala GDS, también encontramos un descenso consistente y significativo en el rendimiento cognitivo de los pacientes en todas las áreas medidas por el test neuropsicológico Camcog-R. Esto es así para todos los niveles del GDS excepto cuando analizamos el paso de GDS-1 a GDS-2, donde las diferencias no son tan marcadas y las diferencias son solo significativas en el área de la memoria. Este último punto puede explicarse si tenemos en cuenta que, mientras GDS-1 implica ausencia de deterioro, el GDS-2 manifiesta quejas subjetivas de deterioro, que no se encuentran al valorarlas de forma objetiva, por lo que el deterioro cognitivo entre estas dos fases es esperable que sea pequeño. Tampoco encontramos un deterioro significativamente importante en el área de la memoria entre GDS-4 y GDS-5, pudiéndose explicar esto si consideramos que la memoria es con frecuencia la función cognitiva que antes y con mayor intensidad se ve afectada en las demencias y el deterioro es ya muy acusado en GDS-4. También hay que tener en cuenta que el menor número de pacientes con GDS-5 influye en que la diferencia, aun siendo de 0,50 desviaciones típicas, no alcance a ser significativa.

Al considerar las diferencias medidas en desviaciones típicas, vemos que existe un deterioro acusado en lenguaje y atención entre GDS-4 y GDS-5, lo que podría señalar que son funciones relativamente conservadas hasta fases avanzadas de la demencia. Por último también destacaremos que, en el área de praxis, encontramos bajadas importantes en dos momentos (primero entre GDS-2 y GDS-3, y más adelante entre GDS-4 y GDS-5). Pensamos que esto podría deberse a una primera bajada en praxis visoconstructiva, que podría separar en muchos casos un deterioro cognitivo leve tipo amnésico o una pseudodemencia depresiva del inicio de una demencia degenerativa primaria, (Reichman, Cummings, McDaniel y Flynn, 1991), mientras las praxis ideacional e ideomotora tienden a conservarse hasta producirse un deterioro importante ya en GDS-5.

De cara a futuras investigaciones pensamos que sería interesante analizar los datos en función del tipo de demencia que padece el paciente, en los casos en que un diagnóstico esté establecido. Esto podría ofrecer unos resultados más precisos, ya que el patrón de déficits cognitivos es diferente según la enfermedad causante de demencia.

### Referencias

- Bouwens S.F., van Heugten C.M., Aalten P., Wolfs C.A., Baarends E.M., van Menxel D.A. y Verhey F.R. (2008). Relationship between measures of dementia severity and observation of daily life functioning as measured with the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(1), 81-87.
- Huppert, F.A., Jormb, A.F., Braynec, C., Girlinga, D.M., Barkleya, C., Beardsalla, L. y Paykela, E.S. (1996). Psychometric properties of the CAMCOG and its efficacy in the diagnosis of dementia. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 3(3), 201-214.
- Reichman, W.E., Cummings, J.L., McDaniel, K.D. y Flynn, F.G. (1991) Visuoconstructional impairment in dementia syndromes. *Behavioural Neurology*, 4(3), 153-162.
- Reisber, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. y Crook, T. (1982): The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. En H. Cooper y L.V. Hedges (Ed.),



- The Handbook of research synthesis* (pp. 231-244). NY: SAGE.
- Roth, M., Huppert, F.A., Mountjoy, C.Q. y Tym, E. (2006). *Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez*. Adaptación española de S. López-Pousa. Madrid: TEA.
- Suh, G.-H., Ju, Y.-S., Yeon, B. K. and Shah, A. (2004). A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 817-824.
- Williams, J.M. (2008). Brief and extended neuropsychological assessment of aging and dementia. En R.C. D'Amato y L. G. Hartlage (Ed.), *Essentials of Neuropsychological Assessment* (pp.293-312). NY: Springer.





## SOBREDIMENSIONAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN FUNCIÓN DEL MÉTODO

José Antonio López-Villalobos<sup>1\*</sup>, Jesús María Andrés- De Llano<sup>\*\*</sup>,  
María Isabel Sánchez-Azón<sup>\*\*\*</sup> y María Victoria López-Sánchez<sup>\*\*\*\*</sup>

\*Complejo Asistencial de Palencia. Hospital San Telmo.  
Salud Mental Infanto Juvenil, España

\*\* Complejo Asistencial de Palencia. Hospital Río Carrión.  
Servicio de Pediatría, España

\*\*\* Diputación de Palencia, España

\*\*\*\* Universidad Pontificia de Salamanca, España

**RESUMEN. Antecedentes:** En la actualidad el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se considera básicamente clínico y suele ir acompañado de la realización de cuestionarios que pueden dar lugar a estimaciones diferentes en función del criterio utilizado. El objetivo del estudio es determinar el número de casos diagnosticados de TDAH en función del método o criterio utilizado. **Método:** Nos situamos en el contexto de un estudio de prevalencia sobre TDAH en escolares de 6 a 16 años ( $n = 1.095$ ). El estudio incluyó una primera fase psicométrica de sospecha de TDAH utilizando el Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV) para padres y profesores y una segunda fase de confirmación clínica, según criterios de entrevista ajustada al DSM-IV. Los resultados obtenidos mediante este procedimiento de entrevista clínica se contrastaron con la respuesta al ADHD RS-IV según diversos criterios categoriales ajustados a DSM-IV. **Resultados:** La tasa de TDAH en la entrevista clínica fue del 6,6% (IC 95%. 5,1% – 8,1%). Cuando utilizamos diversos criterios categoriales en el ADHD RS-IV, las tasas varían significativamente en función de si utilizamos el cuestionario de padres (13 %; IC 11% – 15%), profesores (14,7%; IC 12,6% – 16,8%), padres o profesores indistintamente (20%; IC 17,7% – 22,5%) o padres y profesores conjuntamente (7,7%; IC 6,2% – 9,4%). **Conclusiones:** El método es influyente en la tasa de TDAH y la utilización de alternativas diferentes a la entrevista clínica, como único método diagnóstico, conduciría a un alarmante incremento de casos con potenciales consecuencias negativas para la salud de los afectados.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, prevalencia, método diagnóstico, infancia y adolescencia.

**ABSTRACT. Background:** Currently the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is considered mainly clinical and is often accompanied by the completion of questionnaires that can lead to different estimates depending on the criterion used. The aim of the study is to determine the number of cases diagnosed with ADHD according to the method or criterion used. **Method:** the sample is placed in the context of a study of prevalence of ADHD in school children 6-16 years ( $n = 1,095$ ). The study included an initial psychometric phase of suspected ADHD using the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV) for parents and teachers and a second phase of clinical confirmation according to interview criteria of DSM-IV. The results obtained through a clinical interview procedure were compared with the response to ADHD RS-IV criteria adjusted categorical DSM-IV. **Results:** The rate of ADHD in the clinical interview was 6.6% (95% CI. 5.1% -

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Hospital San Telmo. Salud Mental Infanto Juvenil. Avenida San Telmo, s/n. 34004 Palencia. E mail: villalobos@cop.es



8.1%). When we use categorical criteria in ADHD RS-IV, rates vary depending on whether we use the parent questionnaire (13% CI 11% - 15%), teachers questionnaire (14.7%, CI 12.6% - 16.8%), either parents or teachers questionnaires (20% CI 17.7% - 22.5%) or parents and teachers questionnaires together (7.7%, CI 6.2% - 9.4%). **Conclusions:** The method is influential in the rate of ADHD. The use of categorical criteria alone in the ADHD RS-IV as a diagnostic method would lead to an alarming increase in cases with potential negative consequences for the health of those affected.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, diagnostic method, childhood and adolescence.

### Introducción

El contenido principal de la investigación es estudiar la variabilidad en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en función del método utilizado.

El TDAH (DSM-IV) se caracteriza por un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas deben presentarse antes de los siete años, causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral y algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes. El DSMIV, clasifica tres subtipos de TDAH, en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses: Tipo combinado (TDAH-C), tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I) y tipo con predominio hiperactivo impulsivo (TDAH-H) (American Psychiatric Association [APA], 2002).

En la actualidad el diagnóstico de TDAH se considera básicamente clínico y suele ir acompañado de la realización de cuestionarios sobre el trastorno con adecuada validez y fiabilidad. Estos cuestionarios suelen tener un punto de corte que permite diferenciar personas dentro o fuera del rango clínico y pueden dar lugar a estimaciones diferentes en función de su utilización.

El objetivo de nuestro estudio es determinar el número de casos diagnosticados de TDAH en función de la utilización de una entrevista clínica siguiendo criterios DSM-IV versus la respuesta de padres o profesores a un cuestionario sobre TDAH con los ítems del DSM-IV.

### Método

#### *Participantes*

El estudio incluye una muestra de procedente de un estudio epidemiológico de prevalencia sobre TDAH cuya composición consta en el estudio original (Rodríguez et al., 2009). A modo de síntesis, se compone de 1.095 casos entre 6 y 16 años, con proporciones similares en el sexo masculino ( $n = 568$ ) y femenino ( $n = 527$ ) y diferenciales entre educación primaria ( $n = 661$ ) y secundaria ( $n = 434$ ). La media de edad de la muestra fue de 10,87 ( $DE = 3,05$ ).

#### *Instrumentos*

- El *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV* (ADHD RS-IV; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998) es un instrumento destinado a valorar TDAH que coincide con los ítems / criterios DSM-IV y permite clasificar los subtipos de trastorno. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, según la





- respuesta dada a una escala de frecuencia que oscila entre casi nunca, algunas veces, a menudo y con mucha frecuencia. Presenta adecuados valores de consistencia interna (versión padres  $\alpha = 0,94$ ; versión profesores  $\alpha = 0,92$ ) y fiabilidad test – retest (versión padres  $r = 0,90$ ; versión profesores  $\alpha = 0,85$ ). El cuestionario correlaciona adecuadamente con otras escalas que se usan habitualmente en la evaluación de TDAH como el *Conners Teacher Rating Scale-39* ( $r = 0,88$ ) y el *Conners Parent Rating Scale-48* ( $r = 0,80$ ).
- La entrevista clínica se realizó según modelo del apartado *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) de la entrevista estructurada del *National Institute of Mental Health*, denominada *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISCIV). El DISCIV en la dimensión ADHD presenta adecuados valores de fiabilidad test - retest ( $r = 0,79$ ) y validez por concordancia con el diagnóstico clínico ( $k = 0,72$ ) (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab, 2000). Se dejó constancia de la existencia de todos los criterios del DSM-IV para los casos que finalmente fueron definidos como TDAH.

#### *Diseño y procedimiento*

El proceso investigador se situó en el contexto de un estudio poblacional para evaluar la prevalencia del TDAH. La Población objeto de estudio estuvo formada por todos los alumnos de educación primaria y secundaria desde los 6 a 16 años de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El diseño muestral fue polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados, según consta en la investigación original (Rodríguez et al., 2009). La muestra final fue de 1.095, casos de los que el 6,66% fueron TDAH.

Padres y profesores cumplimentaron el ADHD RS-IV (DuPaul et al., 1998). En la primera fase de cribado del estudio epidemiológico, se utilizaron criterios ADHD RS-IV. Se seleccionan aquellos cuestionarios cuyas puntuaciones sean iguales o superiores al percentil 90 según edad y sexo, tanto para padres como para profesores.

Los alumnos que superaron la primera fase de cribado son considerados con sospecha de TDAH y son evaluados en la segunda fase (clínica). En la segunda fase de nuestro estudio, mediante entrevista clínica se deja constancia de la existencia de “todos” los criterios del DSM-IV para los casos que finalmente fueron definidos como TDAH.

Los resultados obtenidos mediante entrevista clínica y publicados en el estudio sobre prevalencia de TDAH (Rodríguez et al., 2009), fueron contrastados con cuatro posibles opciones de respuesta al ADHD RS-IV. En todas estas opciones se considera que el diagnóstico de TDAH se realizará considerando el número de síntomas categoriales que el DSM-IV define como necesarios para el trastorno. La categorización consideró presencia del síntoma cuando la respuesta se incluía en la categoría de “a menudo” o “con mucha frecuencia” y ausencia del síntoma cuando la respuesta era “nunca” o “algunas veces”. Las posibles opciones de comparación son las siguientes:

- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por padres. Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de padres (CATPA).
- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por profesores. Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de profesores (CATPRO).



- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por padres o profesores. Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de padres o en el de profesores (CATPAOPR).
- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por padres y profesores: Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de padres y en el de profesores (CATPAYPR).

### Resultados

La tasa clínica de prevalencia de TDAH obtenida mediante entrevista clínica fue del 6,6% (IC 95%. 5,1% – 8,1%). Los casos presentan una media de edad de 10,77 años ( $DE = 2,95$ ) e incluyen un 69,9% del sexo masculino (media edad 11,18;  $DE = 2,83$ ) y 30,1% del femenino (media edad 9,82;  $DE = 3,06$ ).

Mediante el criterio CATPAOPR la tasa de prevalencia ascendería al 20% (IC 95%. 17,7% – 22,5%) y mediante el criterio CATPAYPR tenemos el 7,7% (IC 95%. 6,2% – 9,4%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre las distribuciones obtenidas mediante entrevista clínica y mediante el criterio CATPAYPR [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 408,51; p = 0,000; C = 0,521$ ] y/o mediante el criterio CATPAOPR [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 197,45; p = 0,000; C = 0,391$ ].

Si utilizamos el criterio CATPA la tasa de prevalencia sería del 13 % (IC 95%. 11% – 15%) y en CATPRO de un 14,7% (IC 95%. 12,6% – 16,8%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribuciones obtenidas mediante entrevista clínica y mediante el criterio categorial CATPA [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 281,58; p = 0,000; C = 0,452$ ] y/o mediante el criterio categorial CATPRO [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 229,32; p = 0,000; C = 0,416$ ].

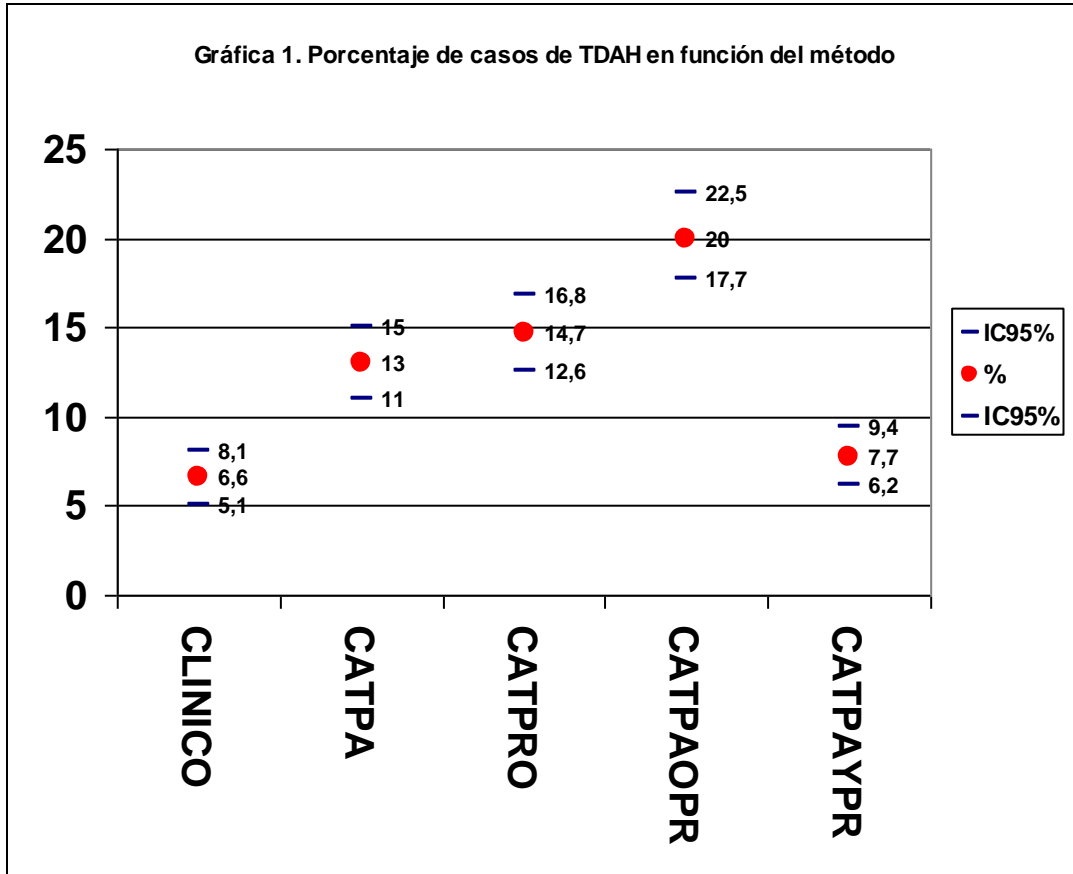
En la Gráfica 1 se deja constancia gráfica de las proporciones de TDAH y sus intervalos de confianza en función del método utilizado. A continuación dejamos constancia de la concordancia observada entre el procedimiento para el diagnóstico de TDAH basado en la entrevista clínica y el resto de los métodos: CATPA ( $k = 0,475; p = ,000$ ). CATPRO ( $k = 0,417; p = 0,000$ ). CATPAOPR ( $k = ,353; p = 0,000$ ). CATPAYPR ( $k = 0,609; p = 0,000$ ). Solo se observa una buena concordancia con el ADHD RS-IV categorial respondido por padres y profesores conjuntamente. La concordancia es moderada con CATPA y CATPRO y débil con CATPAOPR.

Considerando los fenotipos de TDAH o manifestaciones clínicas del trastorno neurobiológico con base genética denominado TDAH en sus vertientes de inatención o hiperactividad- impulsividad observamos los siguientes resultados.

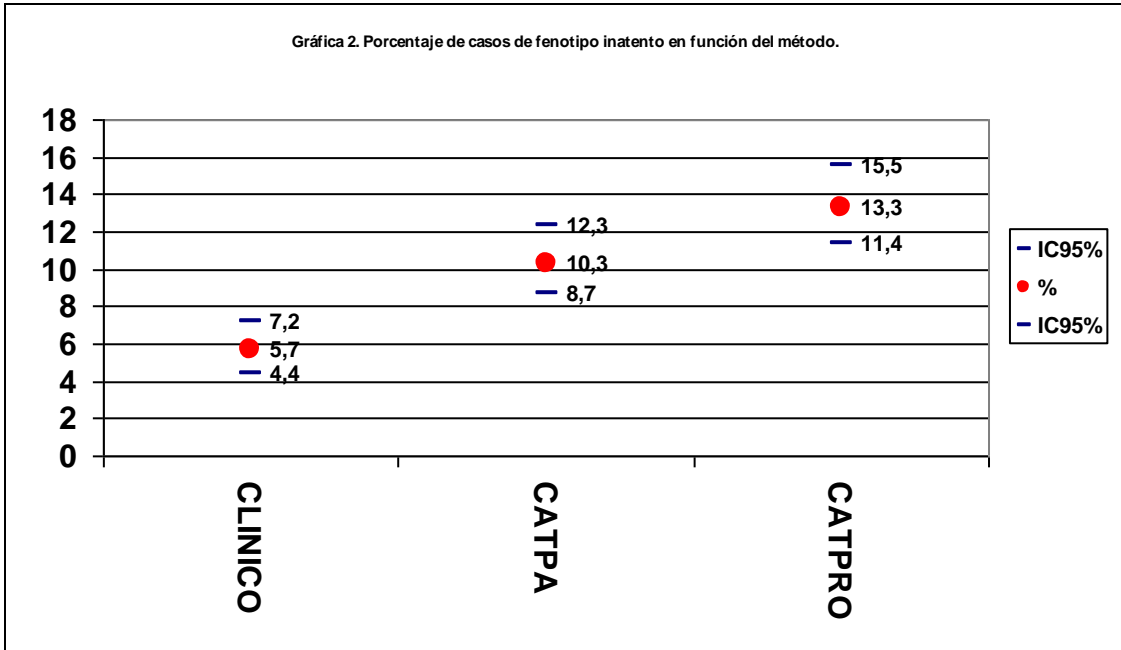
Mediante la entrevista clínica el fenotipo inatento representa el 5,7% (IC 95%: 4,4% – 7,2%) de la muestra y el fenotipo hiperactivo-impulsivo el 5,4% (IC 95%. 4,2% – 6,9%). Mediante CATPA el fenotipo inatento representa el 10,3% (IC 95%. 8,7% – 12,3%) de la muestra y el fenotipo hiperactivo-impulsivo el 6,3% (IC 95%. 5% – 7,9%). Mediante CATPRO el fenotipo inatento representa el 13,3% (IC 95%. 11,4% – 15,5%) de la muestra y el fenotipo hiperactivo-impulsivo el 5,3% (IC 95%. 4,1% – 6,8%).

En las Gráficas 2 y 3 se deja constancia gráfica de las proporciones de TDAH y sus intervalos de confianza en función de los diversos fenotipos de TDAH y del método utilizado. Existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones de proporciones entre el fenotipo inatento derivado de la entrevista clínica y el derivado del CATPA [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 275,28; p = 0,000; C = 0,448$ ] [ $k = 0,476; p = 0,000$ ] y CATPRO

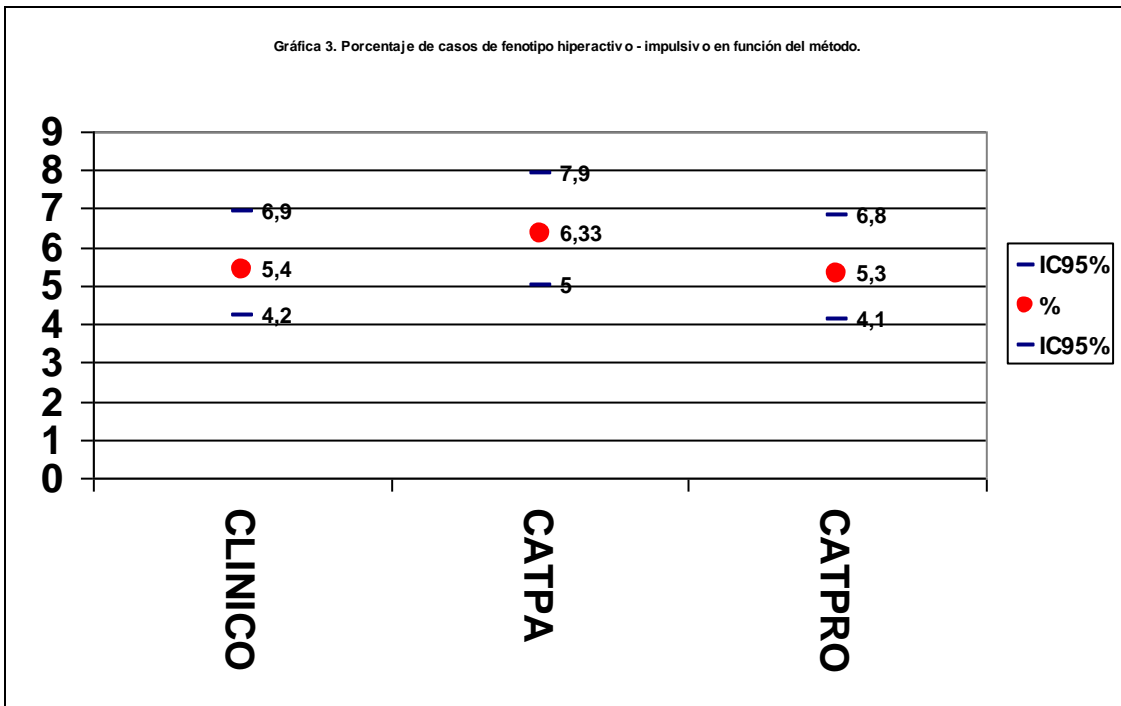
$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 221,97; p = 0,000; C = 0,411$  [ $k = 0,405; p = 0,000$ ]. Existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de proporciones entre el fenotipo hiperactivo-impulsivo derivado de la entrevista clínica y el derivado del CATPA [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 209,58; p = 0,000; C = 0,401$ ] [ $k = 0,436; p = 0,000$ ] y el CATPRO [ $\chi^2_{(1, n = 1095)} = 257,93; p = 0,000; C = 0,437$ ] [ $k = 0,485; p = 0,000$ ]. El índice Kappa refleja concordancia moderada entre los fenotipos derivados de la entrevista clínica y los derivados de CATPA y CATPRO.



Notas sobre el método empleado para el diagnóstico de TDAH: Clínico: entrevista clínica. CATPA: ADHD RS-IV respondido por padres categorial. CATPRO: ADHD RS-IV respondido por profesores categorial. CATPAOPR: ADHD RS-IV respondido por padres o profesores categorial. CATPAYPR: ADHD RS-IV respondido por padres y profesores categorial.



Notas sobre el método empleado para el diagnóstico de TDAH: Clínico: entrevista clínica. CATPA: ADHD RS-IV respondido por padres categorial. CATPRO: ADHD RS-IV respondido por profesores categorial.



Notas sobre el método empleado para el diagnóstico de TDAH: Clínico: entrevista clínica. CATPA: ADHD RS-IV respondido por padres categorial. CATPRO: ADHD RS-IV respondido por profesores categorial.

### Discusión/conclusiones

El método utilizado para el diagnóstico de TDAH es influyente y la utilización de cualquiera de los procedimientos alternativos a la entrevista clínica conduce a un incremento de los casos de TDAH. La utilización del procedimiento de considerar TDAH si el caso supera el punto de corte en el ADHD RS-IV de padres o en el de profesores conduciría a un 20% de casos. La utilización con idéntico criterio del ADHD



RS-IV contestado por padres incrementaría la cifra al 13% y con el de profesores al 14,7%. La entrevista clínica, patrón oro en el diagnóstico de TDAH, se aproxima al criterio de considerar TDAH si se supera el punto de corte en el ADHD RS-IV de padres y en el de profesores conjuntamente. La concordancia entre la entrevista clínica y considerar TDAH si se supera el punto de corte en el ADHD RS-IV de padres y en el de profesores conjuntamente es buena, pero no óptima. Aparentemente tenemos porcentajes de casos de TDAH similares con una diferencia en torno a un 1%, pero la concordancia nos indica que un grupo de casos superior a este porcentaje no coincide en el diagnóstico. La concordancia es moderada entre el procedimiento de entrevista clínica y el utilizado en el procedimiento CATPA y CATPRO. A su vez se observa una baja concordancia con CATPAOPR.

Encontramos resultados análogos e un interesante estudio de Lora y Muñoz (2010), quien observó que utilizando un listado de síntomas de TDAH basado en el DSM-IV (criterios categoriales) obtenía una prevalencia del 23,8%, mientras que utilizando un criterio clínico la prevalencia era del 4,8%.

El método utilizado para el diagnóstico de TDAH es influyente y resulta evidente la necesidad de utilizar adecuadamente una entrevista clínica para asegurar la precisión en el diagnóstico y un procedimiento terapéutico adecuado. Utilizar cuestionarios aisladamente resulta un riesgo para los casos falsamente identificados produciéndose un etiquetaje inadecuado, ausencia de procedimientos terapéuticos válidos (ajustados al problema) y posibles consecuencias adversas para la salud de los niños que tomasen medicación estimulante sin padecer el trastorno, como disminución de apetito, alteración en el sueño, tics, incremento tensión arterial y frecuencia cardiaca, mareos, dolor abdominal, cefaleas, nerviosismo, ansiedad o posible disminución de talla (Graham et al., 2011; Soutullo y Alvarez, 2013; Stiefel y Besag, 2010).

### Agradecimientos

El estudio es una pequeña parte de la investigación GRS 595/B/11 apoyada por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

### Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV-TR). Barcelona: Masson.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford.
- Graham, J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R.W. et al. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 17-37.
- Lora, J.A. y Moreno, I. (2010). Prevalencia del Trastorno Por Déficit de Atención en Escolares: Comparación Entre Criterios Diagnósticos y Criterios Clínicos. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18, 365-384.
- Rodríguez, L., López-Villalobos, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T. y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11, 251-270.



- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. y Schwab, M. E. (2000). Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV). Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Soutullo, C. y Alvarez-Gómez, M.J. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 56(Suppl. 1), S119-S129.
- Stiefel, G. y Besag, F. (2010). Cardiovascular effects of methylphenidate, amphetamines and atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Drug Safety*, 33, 821-842.



## ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS ANTISOCIALES-DELICTIVAS EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA: EDAD, GÉNERO Y PERFIL DEL ALUMNO EN LA CONVIVENCIA

M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado,  
José Jesús Gázquez Linares y Tania Abad López

*Universidad de Almería, España*

**RESUMEN. Introducción:** Los comportamientos antisociales y delictivos son cada vez más frecuentes entre la población adolescente. Éstos, se traducen en una serie de consecuencias negativas para los alumnos con implicación directa, pero también para el resto de la comunidad educativa. **Objetivos:** Llevar a cabo un análisis descriptivo de las conductas antisociales-delictivas que tienen lugar en los centros de Educación Secundaria, y la relación que mantienen éstas con el perfil que adopta el alumno ante situaciones de violencia entre iguales. Además, se pretende conocer si se dan diferencias significativas en función del género o la edad de los sujetos y la presencia de este tipo de conductas. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo de carácter transversal, para el que se seleccionó una muestra de 885 sujetos, con una media de edad de 15,2 años ( $DT = 0,905$ ). Todos ellos, alumnos de diferentes centros de Educación Secundaria de la provincia de Almería. Para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario *ad hoc* y se administró el *Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas, A-D*. **Resultados:** Agresores y observadores presentan puntuaciones medias significativamente más elevadas en conductas antisociales, y agresores, víctimas y observadores en conductas delictivas, en comparación con los alumnos no implicados. También se dieron diferencias significativas en función del género, los varones mostraron un mayor repertorio de conductas antisociales-delictivas, y también una correlación positiva con respecto a la edad. **Conclusiones:** Es necesario el desarrollo de intervenciones efectivas para el abordaje de los problemas de convivencia escolar y, por su alta frecuencia durante la Educación Secundaria, con especial atención a la presencia de conductas antisociales-delictivas en los diferentes contextos de desarrollo del adolescente.

**Palabras clave:** Conductas antisociales-delictivas, Educación Secundaria, perfil convivencia, género, edad.

**ABSTRACT. Introduction:** Antisocial and criminal behaviors are more frequent among adolescents time. These translate into a number of negative consequences for students with direct involvement, but also for the rest of the educational community. **Objectives:** To conduct a descriptive analysis of the antisocial criminal behavior taking place in secondary schools, and their relationship with the profile they adopted the student in situations of peer violence. In addition, to determine whether significant differences by gender or age of the subjects and the presence of these behaviors occur. **Methods:** This descriptive cross-sectional study, for which a sample of 885 subjects was selected, with a mean age of 15.2 years ( $SD = 0.905$ ). Students from different secondary schools of province's Almería. To collect data, a questionnaire was developed *ad hoc* and Antisocial-Criminal Behaviors Questionnaire, AD was administered. **Results:** Aggressors and observers have significantly higher mean scores on antisocial behavior, and aggressors, victims and observers in criminal behavior, compared with the students not involved. They also found significant differences by gender, males showed a greater repertoire of antisocial criminal behavior, and a positive correlation to age. **Conclusions:** It is necessary to develop effective interventions for addressing the problems of

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Ctra. De Sacramento s/n, 04120 Almería (España). E-mail: mpf421@ual.es





school life, and its high frequency in secondary education, with special attention to the presence of antisocial - criminal in different contexts of adolescent development behaviors.

**Keywords:** Antisocial-criminal behaviors, Secondary Education, profile coexistence, gender, age.

### Introducción

La adolescencia es una etapa llena de cambios para el individuo y en la que gran parte de los autores coinciden en informar de un aumento en la probabilidad de ocurrencia de conductas denominadas “de riesgo” o antisociales (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007; Méndez y Cerezo, 2010; Moffit, 2006). De ahí la preocupación generalizada y el interés creciente por analizar los comportamientos agresivos en los diferentes contextos de desarrollo del adolescente, sobre todo en uno de los que pasa la mayor parte de su tiempo y se dan la mayoría de las relaciones con los iguales: el contexto educativo (Inglés et al., 2008). Una de las razones por las que la conducta antisocial en la adolescencia se posiciona como objetivo prioritario de investigación, es la estrecha relación que mantiene con determinadas conductas, como el abuso de sustancias (Contreras, Molina y Cano, 2012; San Juan, Ocáriz y Germán, 2009), consideradas hoy día como graves problemas de salud pública (Observatorio Europeo sobre las Drogas y las Toxicomanías, 2013).

Son múltiples los trabajos que se han dedicado a analizar las diferentes manifestaciones de la conducta antisocial (Andreu y Peña, 2013; Carrasco y González, 2006; Cerezo y Méndez, 2013) o las diferencias individuales basándose en el género o la edad de los sujetos (Garaigordobil, Aliri y Martínez-Valderrey, 2013; López y Rodríguez-Arias, 2010; Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader, Molero y García, 2011).

Haciendo referencia a las manifestaciones de la conducta problemática, se hace necesario distinguir entre conducta antisocial y conducta delictiva. En el caso de la conducta antisocial, ésta suele relacionarse con aspectos como la agresividad, la impulsividad o la falta de autocontrol y los problemas para seguir las normas sociales (Garaigordobil, 2005). Mientras que la conducta delictiva, más propia de la adolescencia tardía, se encuentra más próxima a cuestiones jurídico-legales que a constructos psicosociales (Muñoz et al., 2011). No obstante es innegable que ambos tipos de repertorios conductuales se encuentran íntimamente relacionados en la medida en que el primero es considerado por gran parte de los autores como un potente predictor del desarrollo de conductas delictivas con su máxima expresión en la etapa adulta (Simoës, Matos y Batista-Foguet, 2008).

Por otro lado, del estudio de las diferencias basadas en el género, se extraen resultados que apuntan hacia el sexo masculino como los que presentan, con una frecuencia y gravedad bastante superior que en las mujeres, más comportamientos antisociales y delictivos (López y Rodríguez-Arias, 2010). Por el contrario, autores como Pozo (2012) sugieren la posibilidad de un estrechamiento en las diferencias entre los sexos, siendo las mujeres cada vez más partícipes de situaciones de violencia.

Por el contrario, en el caso de la edad de aparición y manifestación de la conducta antisocial no existe un acuerdo tan claro entre los autores, datando su inicio a partir de los 13 años (Rechea, 2008) o, incluso a edades más tempranas (Tresgallo, 2011). Sin embargo, en lo que parece existir acuerdo es en el carácter relativamente estable de las conductas antisociales hasta alcanzar la etapa adulta (Estévez et al., 2007), momento en





que se intensifican pudiendo desarrollarse comportamientos delictivos (Cifuentes y Londoño, 2011).

Finalmente, tal y como se mencionó anteriormente, el contexto educativo cobra especial relevancia en el estudio de las conductas antisociales y delictivas de los jóvenes. De hecho, de entre los perfiles posibles a adoptar por los alumnos ante situaciones de violencia escolar, la figura del agresor comparte muchas de las características que definen a los individuos con comportamiento antisocial: alto grado de impulsividad (López, Sánchez, Pérez-Nieto y Poveda, 2008), o el rechazo hacia las normas (Povedano, Estévez, Martínez y Monreal, 2012). Pero, no solo los agresores comparten características propias de la conducta antisocial, otros agentes implicados en la violencia escolar también se presentan como potenciales portadores de este tipo de repertorios conductuales. Ejemplo de ello, es la propuesta teórica de Emler (2009), que identifica un tipo de “víctima agresiva” que responde al acoso proyectando una imagen de sí mismo como alguien rebelde y antisocial.

Dada la relevancia del contexto educativo en el desarrollo del adolescente, el objetivo del presente trabajo de investigación será llevar a cabo un análisis descriptivo de las conductas antisociales-delictivas que tienen lugar en los centros de Educación Secundaria, y la relación que mantienen éstas con el perfil que adopta el alumno ante situaciones de violencia entre iguales. Atendiendo para ello además a variables sociodemográficas, como el género y la edad de los sujetos.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo formada por 885 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de diferentes centros de la provincia de Almería. La media de edad de los participantes fue de, 15,2 años ( $DT = 0,905$ ), con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Del total de la muestra, un 49,8% ( $n = 441$ ) eran hombres y el 50,2% ( $n = 444$ ) restante, mujeres. Todos los integrantes de la muestra se encontraban cursando 3º (53,7%) o 4º (46,3%) de la E.S.O.

### *Materiales*

- Cuestionario elaborado *ad hoc* para conocer aspectos concretos de violencia escolar y, concretamente, para encuadrar al sujeto dentro de uno de los tres papeles que pueda estar cumpliendo dentro de los episodios de violencia escolar (agresor/agredido/espectador); así como, recoger los datos referentes a las características sociodemográficas del sujeto.
- Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas, A-D (Seisdedos, 1995). Se compone de 40 ítems cuyos contenidos informan de dos tipos de comportamientos: antisociales (por ejemplo: entrar en un sitio prohibido, tirar basuras al suelo, etc.) y delictivos (por ejemplo: tomar drogas, robar, etc.) evaluando la presencia de ambos aspectos de la conducta desviada.

### *Procedimiento*

Para la recogida de datos se desplazaron dos personas a los centros, donde previamente se solicitaron los permisos correspondientes. Para la implementación de los cuestionarios, se contó con la colaboración del profesor-tutor de cada grupo, que estuvo presente durante toda la sesión. Antes de proceder a la aplicación de las pruebas, se dio a los participantes las instrucciones necesarias y se garantizó la confidencialidad de los



datos, así como el anonimato de sus respuestas. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 19.

### Resultados

En la Tabla 1, se observa la existencia de diferencias significativas entre los grupos de género, tanto en conductas antisociales ( $t = 3,560$ ;  $p < 0,01$ ) como delictivas ( $t = 7,989$ ;  $p < 0,01$ ), siendo los hombres (Antisociales  $M=9,76$ ;  $DT=5,692$  / Delictivas  $M = 3,07$ ;  $DT = 4,017$ ) los que manifiestan un mayor número de conductas problemáticas, en comparación con las mujeres (Antisociales  $M = 8,45$ ;  $DT = 5,26$  / Delictivas  $M = 1,34$ ;  $DT = 2,137$ ).

**Tabla 1.** Conductas antisociales y delictivas según género. Descriptivos y prueba *t*.

Conductas	Sexo	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Antisociales	Hombre	441	9,76	5,692	3,560***	0,000
	Mujer	444	8,45	5,26		
Delictivas	Hombre	441	3,07	4,017	7,989***	0,000
	Mujer	444	1,34	2,137		

\*\*\* $p < 0,001$

Por otro lado, atendiendo a la edad, en la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos que indican la existencia de una correlación positiva y significativa entre el repertorio de conductas antisociales y la edad ( $r = 0,100$ ;  $p < 0,01$ ). Del mismo modo, también es positiva y significativa la correlación que se establece entre conductas delictivas y la variable edad ( $r = 0,191$ ;  $p < 0,01$ ). Es decir, a mayor edad mayor es el número de conductas antisociales y delictivas en el repertorio de los sujetos de la muestra.

**Tabla 2.** Correlación conductas antisociales, delictivas y edad.

	Conductas Antisociales	Conductas Delictivas
Edad	0,100**	0,191**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01

En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis de medias en conductas antisociales y conductas delictivas, atendiendo al perfil de los sujetos en la convivencia (víctimas, agresores y observadores). En las conductas antisociales, agresores ( $t = -7,268$ ;  $p < 0,01$ ) y observadores ( $t = -5,454$ ;  $p < 0,01$ ) obtienen una puntuación media significativamente más elevada que los no agresores y no observadores, respectivamente.

**Tabla 3.** Conductas antisociales y delictivas según perfil convivencia. Descriptivos y prueba *t*.

Conductas	Perfil	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Antisociales	Víctima	No	795	8,98	5,49	-1,956	0,051
		Si	90	10,18	5,655		
	Agresor	No	814	8,72	5,316	-7,268***	0,000
		Si	71	13,54	5,854		
	Observador	No	295	7,70	5,228	-5,454***	0,000
		Si	589	9,81	5,53		



Delictivas	Víctima	No	795	2,11	3,211	-2,044*	0,044
		Si	90	3,03	4,147		
	Agresor	No	814	1,83	2,768	-6,931***	0,000
		Si	71	6,45	5,555		
	Observador	No	295	1,42	2,516	-5,646***	0,000
		Si	589	2,60	3,607		

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

En las conductas delictivas, víctimas ( $t = -2,044$ ;  $p < 0,05$ ), agresores ( $t = -6,931$ ;  $p < 0,001$ ) y observadores ( $t = -5,646$ ;  $p < 0,001$ ) difieren significativamente de los grupos de alumnos que no adoptan ninguno de estos perfiles en la convivencia, obteniendo los primeros puntuaciones medias más elevadas.

### Discusión/conclusiones

Los resultados obtenidos presentan una serie de características que reúnen los alumnos que, con mayor frecuencia, manifiestan conductas antisociales y delictivas en el contexto educativo. Estos comportamientos antisociales y delictivos se dan con mayor frecuencia en varones (López y Rodríguez-Arias, 2010; Rechea, 2008), se intensifican a medida que aumenta la edad (Cifuentes y Londoño, 2010; Estévez et al., 2007) y también más frecuentes en alumnos que de un modo u otro están implicados en situaciones de violencia escolar (Pérez-Fuentes et al., 2011). Aunque las diferencias se hacen más notables al comparar los grupos agresores-no agresores (López et al., 2008; Povedano et al., 2012), sería necesario identificar en futuras investigaciones a las “víctimas agresivas” para comprobar si la presencia de conducta antisocial difiere significativamente con respecto a las “víctimas pasivas” (Emler, 2009).

La utilidad de esta información, para el desarrollo del *Programa para la Detección e Intervención en Convivencia Escolar PRODICE* (Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero y Álvarez-Bermejo, 2013), reside en la posibilidad de identificar la presencia de determinados comportamientos antisociales-delictivos, en cada uno de los perfiles de la convivencia. Esto, permite un abordaje de los problemas de convivencia escolar desde la Educación Primaria. A efectos metodológicos, conocer específicamente los ítems del A-D, en los que difiere significativamente una víctima de un agresor o un observador, va a sentar las bases para el desarrollo de los contenidos que integran el instrumento multimedia del PRODICE (Pérez-Fuentes et al., 2013).

### Agradecimientos

Este trabajo es fruto del Proyecto de Investigación P08-SEJ-04305, co-financiado por la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía y FEDER.

### Referencias

- Andreu, J. y Peña, M. (2013). Escala de conducta antisocial y delictiva en adolescentes: Desarrollo y validación. *Anales de Psicología*, 29, 516-522.
- Carrasco, M.A. y González, M.J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión; Definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4, 7-38.
- Cerezo, F. y Méndez, I. (2013). Agresores en *bullying* y conductas antisociales. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3, 5-14.
- Cifuentes, J.J. y Londoño, N.H. (2011). Perfil cognitivo y psicopatológico asociados a la conducta antisocial. *International Journal of Psychological Research*, 4, 58-69.



- Contreras, L.M., Molina, V. y Cano, M.C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24, 31-38.
- Emler, N. (2009). Delinquents as a minority group: Accidental tourists in forbidden territory or voluntary émigrés? En F. Butera y J. Levine (Eds.), *Coping with minority status: Responses to exclusion and inclusion* (pp. 127-154). US: Cambridge University Press.
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socioemocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, 13, 197-215.
- Garaigordobil, M., Aliri, J. y Martínez-Valderrey, V. (2013). Justificación de la violencia durante la adolescencia: Diferencias en función de variables sociodemográficas. *European Journal of Education and Psychology*, 6, 83-93.
- Inglés, C.J., Martínez-Monteagudo, M.C., Delgado, B., Torregrosa, M.S., Redondo, J. Benavides, G., García-Fernández, J.M. y García-López, L.J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: Un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 449-461.
- López, C., Sánchez, A., Pérez-Nieto, M.A. y Poveda, M. (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente. *EduPsykhé, Revista de Psicología y Educación*, 7, 81-99.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J.L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22, 568-573.
- Méndez, I. y Cerezo, F. (2010). Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 209-218.
- Moffitt, T.E. (2006). Life-course-persistent and adolescent-limited antisocial behaviour. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, disorder and adaptation* (pp. 385-395). New York: Wiley.
- Muñoz, J.M., Manzanero, A.L., Alcazar, M.A., González, J.L., Pérez, M.L. y Yela, M. (2011). Psicología Jurídica en España: Delimitación Conceptual, Campos de Investigación e Intervención y Propuesta Formativa dentro de la Enseñanza Oficial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 3-14.
- Observatorio Europeo sobre las Drogas y las Toxicomanías (2013). *Informe Europeo sobre Drogas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Perez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Mercader, I., Molero, M.M. y García, M.M. (2011). Rendimiento académico y conductas antisociales y delictivas en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 401-412.
- Pérez-Fuentes., M.C., Gázquez, J.J., Molero, M.M. y Álvarez-Bermejo, J.A. (2013). Análisis de los problemas de convivencia en la etapa de Educación Primaria: Programa para la detección e intervención en convivencia escolar: PRODICE. En M.C. Pérez-Fuentes y M.M. Molero (Coords.), *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar* (pp. 419-424). Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología.
- Povedano, A., Estévez, E., Martínez, B. y Monreal, M.C. (2012). Un perfil psicosocial de adolescentes agresores y víctimas en la escuela: análisis de las diferencias de género. *Revista de Psicología Social*, 27, 169-182.
- Pozo, R. (2012). La violencia de las mujeres jóvenes que delinquen: ¿violentas o violentadas? *RES, Revista de Educación Social*, 15, 1-12.
- Rechea, C. (2008). *Conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España*. Castilla-La Mancha: Universidad de Castilla-La Mancha.



- San Juan, D., Ocáriz, E. y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: Perfil psicosocial y delictivo. *Revista Criminalidad*, 51, 147-162.
- Seisdedos, N. (1995). *AD, Cuestionario de conductas antisociales-delictivas*. Madrid: TEA.
- Simoës, C., Matos, M. y Batista-Foguet (2008). Juvenile Delinquency: Analysis of risk and protective factors using quantitative and qualitative methods. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 12, 389-408.
- Tresgallo, E. (2011). El acoso escolar y las actitudes psicológicas defensivas en el primer ciclo de Educación Primaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22, 28-37.



## **CYBERBULLYING: PREVALENCIA DE VÍCTIMAS, AGRESORES Y OBSERVADORES EN FUNCIÓN DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO-CULTURAL**

**Maite Garaigordobil<sup>1</sup>, Jone Aliri, Carmen Maganto,  
Elena Bernarás y Joana Jaureguiza**

*Universidad del País Vasco, España*

**RESUMEN.** La preocupación actual por la conducta violenta durante la adolescencia y la juventud, que se encuentra en primer plano de los medios de comunicación, está en la base de este estudio. Con esta contextualización, la investigación tuvo dos objetivos: 1) analizar si el porcentaje de implicados en situaciones de *cyberbullying* difiere en función del nivel socio-económico-cultural (NSEC); y 2) estudiar si el NSEC influye en la cantidad de conductas de *cyberbullying* sufridas, realizadas y/o observadas (nivel de victimización, perpetración y observación). La muestra está constituida por 3.026 participantes del País Vasco (España) de 12 a 18 años, 48,5% varones y 51,5% mujeres. Se administró el *Test Cyberbullying* para evaluar la frecuencia con la que 15 conductas de *cyberbullying* han sido sufridas, realizadas y observadas durante el último año, y obtener 4 indicadores psicométricos: victimización, perpetración, observación, victimización-agresiva. Los resultados indican que: 1) El porcentaje de víctimas en 13 de las 15 conductas de *cyberbullying* evaluadas fue similar en los 3 NSEC; y la cantidad de conductas sufridas por las víctimas fue también similar; 2) El porcentaje de agresores en todas las conductas evaluadas y la cantidad de conductas de *cyberbullying* perpetradas fue similar en los 3 NSEC; y 3) El porcentaje de observadores que vieron 9 de las conductas evaluadas, y la cantidad de conductas observadas aumentó a medida que aumentó el NSEC. El debate enfatiza la importancia de implementar, en todos los NSEC, intervenciones psicoeducativas para prevenir la conducta violenta, e intervenciones clínicas basadas en la evidencia con *cybervíctimas* y *cyberagresores* que inhiban los nocivos efectos del *cyberbullying* para todos los implicados.

**Palabras Clave:** *cyberbullying*, nivel socio-económico-cultural, adolescencia, juventud.

**ABSTRACT.** Current concern about antisocial and violent behavior in adolescence and youth, published on the front pages of the mass media, is the basis of this study. Within this contextualization, this investigation had two goals: 1) to analyze whether the percentage of people involved in cyberbullying situations differs as a function of socio-economic-cultural level (SECL); and 2) to study whether the SECL influences the quantity of cyberbullying behaviors suffered, carried out, and/or observed (level of victimization, perpetration, and observation). The sample is comprised of 3,026 participants from the Basque Country (Spain), aged between 12 and 18 years, 48.5% males and 51.5% females. The Cyberbullying Test was administered to assess the frequency with which 15 cyberbullying behaviors were suffered, carried out, and observed during the past year, providing 4 psychometric indexes: victimization, perpetration, observation, and aggressive victimization. The results indicate that: 1) The percentage of victims in 13 of the 15 cyberbullying behaviors assessed was similar at all three SECLs; and the quantity of behaviors suffered by the victims was also similar; 2) The percentage of aggressors in all the behaviors assessed and the quantity of cyberbullying behaviors perpetrated was similar at all three SECLs; and 3) The percentage of observers who saw nine of the behaviors assessed and the quantity of behaviors observed

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda de Tolosa 70, 20018 Donostia-San Sebastián (España). E-mail: maite.garaigordobil@ehu.es





increased with the SECL. The debate emphasizes the importance of implementing, at all SECLs, psychoeducational interventions to prevent violent behavior, and clinical interventions based on the evidence of cybervictims and cyberaggressors to inhibit the harmful effects of cyberbullying for all those involved.

**Keywords:** Ccyberbullying, socio-economic-cultural level, adolescence, youth.

### Introducción

La preocupación actual por la conducta violenta infanto-juvenil, que se encuentra en primer plano de los medios de comunicación, está en la base de este estudio. Desde que en 1973 Olweus comenzó a estudiar el maltrato entre iguales en el ámbito escolar, han transcurrido cuatro décadas. En los estudios sobre el acoso escolar (*bullying*), se han ido introduciendo cambios en la realidad del maltrato, y han ido apareciendo nuevas modalidades de acoso. Una de ellas es el *cyberbullying* que consiste en utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, principalmente Internet y el teléfono móvil, para hostigar y acosar a los compañeros (Ahlfors, 2010; Kowalski, Limber y Agatston, 2008). La violencia entre iguales tiene consecuencias perniciosas para todos los implicados, pero con distintos síntomas y niveles de sufrimiento (ansiedad, depresión, estrés postraumático...). Aunque los efectos más acusados se muestran en la víctima, los agresores y los observadores también son receptores de aprendizajes y hábitos negativos que influirán en su comportamiento actual y futuro (Garaigordobil, 2011).

Los estudios que han analizado la prevalencia de las formas tradicionales de *bullying* en distintos niveles socio-económicos-culturales (NSEC), en general han encontrado más prevalencia en contextos socio-económicos desfavorecidos, sin embargo, el *cyberbullying* ha sido escasamente explorado, y los estudios muestran resultados discrepantes. Mientras algunos encuentran que alto NSEC es un factor protector para ser víctima y/o agresor, hallando menor porcentaje de víctimas y agresores en el NSEC alto (Låftman, Modin y Östberg, 2013), o mayor prevalencia de víctimas y agresores en colegios públicos (menor NSEC) (Topçu, Erdur-Baker y Çapa-Aydin, 2008), otros no hallan relaciones significativas entre *cyberbullying* y NSEC (Erdur-Baker y Kavşut, 2007), o encuentran prevalencias de victimización y perpetración similares en los participantes de NSEC bajo y medio (Moore, Huebner y Hills, 2012); y finalmente un estudio concluye que el NSEC es una variable predictora de victimización, puesto que el nivel de victimización de los participantes de alto NSEC era más alto que en el NSEC medio (Akbulut, Sahin y Eristi, 2010).

La investigación tuvo dos objetivos: 1) analizar si el porcentaje de implicados en situaciones de *cyberbullying* difiere en función del nivel socio-económico-cultural (NSEC); y 2) estudiar si el NSEC influye en la cantidad de conductas de *cyberbullying* sufridas, realizadas y/o observadas (nivel de victimización, perpetración y observación).

### Método

#### *Participantes*

La muestra está constituida por 3.026 participantes del País Vasco de 12 a 18 años (48,5% varones, 51,5% mujeres), distribuidos en 3 grupos de edad: 12-13 (35,1%), 14-15 (36,2%) y 16-18 (28,7%). Los participantes, inscritos en centros públicos (45,6%) y privados (54,4%), cursan Educación Secundaria Obligatoria (75,4%) y Bachiller





(24,6%). La distribución por niveles socio-económico-culturales es: medio-bajo (10%), normal-medio (41,3%), medio-alto (48,7%).

### *Materiales*

*Test Cyberbullying* (Garaigordobil, 2013). Evalúa el *cyberbullying* mediante 45 ítems, agrupados en torno al rol desempeñado en la situación: víctima, perpetrador y observador. La tarea consiste en leer 15 conductas e informar la frecuencia con la que se han sufrido, ejercido o visto en el último año. En la corrección se puntúa cada conducta (nunca = 0, algunas veces = 1, bastantes veces = 2, siempre = 3), y con el sumatorio se obtiene una puntuación directa en cada rol. El test aporta percentiles en 4 índices (nivel de victimización, perpetración, observación y victimización-agresiva), mostrando elevada consistencia interna ( $\alpha = 0,91$ ).

### *Procedimiento*

Se envió una carta a los centros educativos seleccionados explicando la investigación. Con aquellos centros que aceptaron participar se concertó una entrevista en la que se entregaron los consentimientos para padres y participantes. Posteriormente, el equipo investigador se desplazó a los centros para administrar el Test.

## **Resultados**

### *Porcentaje de víctimas, agresores y observadores en función del nivel socio-económico-cultural*

Después de calcular el porcentaje global de víctimas (30,2%), agresores (15,5%) y observadores (65,1%), para analizar si existen diferencias en función del NSEC, se realizaron análisis de contingencia de las respuestas en los 3 NSEC, obteniendo la chi cuadrado de Pearson en cada variable. Los resultados en cada NSEC, para cada rol (víctimas, agresores, observadores) se presentan en las Tablas 1, 2 y 3, que muestran las frecuencias y porcentajes teniendo en cuenta el número de participantes en cada NSEC.

En *cybervictimización* (ver Tabla 1), no se encuentran diferencias significativas en función del NSEC en 13 de las 15 conductas evaluadas. Al analizar el número de participantes que dicen haber sufrido una o más conductas de *cyberbullying* en cada NSEC, se confirman diferencias en 2 conductas que disminuyen a medida que aumenta el NSEC: Haber sido agredida para grabarle y colgarlo en Internet (Bajo = 2,7%; Medio = 1%; Alto = 1,3%), y que le hayan trucado fotos/vídeos para difundirlos y humillarle (Bajo = 2,7%; Medio = 2,1%; Alto = 1,2%).

En *cyberperpetración* (ver Tabla 2), los resultados evidencian que el porcentaje de agresores es similar en los 3 NSEC. En *cyberobservación* (ver Tabla 3), según los observadores, los resultados confirman diferencias significativas en 9 de las 15 conductas evaluadas, en las que se observa un incremento de la conducta a medida que aumenta el NSEC. Estas conductas fueron: Enviar mensajes ofensivos/insultantes vía móvil/Internet (Bajo = 27,5%; Medio = 31,8%; Alto = 35,9%); Difundir fotos privadas comprometidas/vídeos de alguien vía móvil/Internet (Bajo = 14,7%; Medio = 18,7%; Alto = 28,2%); Hacer fotos robadas en vestuarios, playas... y colgarlas en Internet o difundirlas vía móvil (Bajo = 8,2%; Medio = 13,5%; Alto = 16,6%); Hacer llamadas anónimas con el fin de asustar/provocar miedo (Bajo = 16,5%; Medio = 21,9%; Alto = 26,3%); Chantajear/amenazar con llamadas/mensajes (Bajo = 12,3%; Medio = 12,3%; Alto = 15,4%); Robar la contraseña de algún chico/a, para impedir que pueda acceder a su blog/correo electrónico (Bajo = 28,3%; Medio = 34,3%; Alto = 43,4%); Trucar



fotos/vídeos de algún chico/a para difundirlas y humillarle/reírse (Bajo = 15,3%; Medio = 14%; Alto = 20%); Acosar para aislar a otro de sus contactos en las redes sociales (Bajo = 8,3%; Medio = 10,7%; Alto = 15,3%); y Difamar, diciendo por Internet cosas de otra persona que son mentira para desprestigiarla (Bajo = 19,9%; Medio = 25,8%; Alto = 30,8%).

**Tabla 1.** Víctimas de *Cyberbullying*: Frecuencia y porcentaje de participantes que han sufrido *cyberbullying* en el último año en función del nivel socio-económico-cultural.

	Algunas veces			Bastantes veces			Siempre			$\chi^2$
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	
1. Mensajes ofensivos/insultantes móvil/Internet	33(10,9)	107(8,6)	105(7,1)	4(1,3)	6(0,5)	6(0,4)	0(0,0)	3(0,2)	2(0,1)	10,69ns
2. Llamadas ofensivas/insultantes móvil/Internet	13(4,3)	58(4,7)	72(4,9)	4(1,3)	6(0,5)	7(0,5)	0(0,0)	2(0,2)	1(0,1)	4,57ns
3. Agredir, grabar y colgar en Internet	<b>6(2,0)</b>	<b>10(0,8)</b>	<b>17(1,2)</b>	<b>2(0,7)</b>	<b>0(0,0)</b>	<b>0(0,0)</b>	<b>0(0,0)</b>	<b>2(0,2)</b>	<b>1(0,1)</b>	<b>22,15***</b>
4. Difundir fotos/vídeos privados	16(5,3)	51(4,1)	52(3,5)	1(0,3)	2(0,2)	4(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	3(0,2)	3,86ns
5. Fotografíar en vestuarios, playa... y difundir	7(2,3)	19(1,5)	22(1,5)	2(0,7)	4(0,3)	1(0,1)	1(0,3)	2(0,2)	2(0,1)	6,29ns
6. Llamadas anónimas para asustar	23(7,6)	109(8,7)	135(9,2)	4(1,3)	8(0,6)	12(0,8)	1(0,3)	2(0,2)	3(0,2)	2,54ns
7. Chantajear/amenazar con llamadas/mensajes	14(4,6)	43(3,4)	49(3,3)	2(0,7)	7(0,6)	4(0,3)	0(0,0)	1(0,1)	1(0,1)	3,26ns
8. Acosar sexualmente móvil/Internet	14(4,6)	32(2,6)	42(2,8)	1(0,3)	3(0,2)	4(0,3)	1(0,3)	2(0,2)	3(0,2)	4,14ns
9. Suplantar la personalidad	20(6,6)	95(7,6)	83(5,6)	2(0,7)	10(0,8)	3(0,2)	0(0,0)	3(0,2)	2(0,1)	10,66ns
10. Robar contraseña	27(8,9)	109(8,7)	139(9,4)	3(1,0)	11(0,9)	9(0,6)	1(0,3)	3(0,2)	1(0,1)	3,03ns
11. Trucar fotos/vídeos y difundir	<b>6(2,0)</b>	<b>21(1,7)</b>	<b>18(1,2)</b>	<b>2(0,7)</b>	<b>2(0,2)</b>	<b>0(0,0)</b>	<b>0(0,0)</b>	<b>2(0,2)</b>	<b>0(0,0)</b>	<b>12,84*</b>
12. Aislar en redes sociales	10(3,3)	25(2,0)	37(2,5)	3(1,0)	4(0,3)	4(0,3)	0(0,0)	1(0,1)	0(0,0)	7,12ns
13. Chantajear para hacer algo y no difundir intimidad	10(3,3)	17(1,4)	38(2,6)	1(0,3)	3(0,2)	1(0,1)	0(0,0)	2(0,2)	1(0,1)	9,52ns
14. Amenazar de muerte	9(3,0)	22(1,8)	19(1,3)	2(0,7)	1(0,1)	5(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	1(0,1)	10,11ns
15. Difamar y crear rumores para desprestigiar	26(8,6)	91(7,3)	115(7,8)	3(1,0)	9(0,7)	14(0,9)	1(0,3)	6(0,5)	2(0,1)	3,84ns

\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,001$ , ns = no significativo.



**Tabla 2.** Agresores de *Cyberbullying*: Frecuencia y porcentaje de participantes que han perpetrado *cyberbullying* en el último año en función del nivel socio-económico-cultural.

	Algunas veces			Bastantes veces			Siempre			$\chi^2$
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	
1. Mensajes ofensivos/insultantes móvil/Internet	13(4,3)	52(4,2)	74(5,0)	1(0,3)	5(0,4)	3(0,2)	4(1,3)	2(0,2)	4(0,3)	12,36ns
2. Llamadas ofensivas/insultantes móvil/Internet	8(2,6)	22(1,8)	53(3,6)	2(0,7)	6(0,5)	4(0,3)	1(0,3)	2(0,2)	4(0,3)	10,38ns
3. Agredir, grabar y colgar en Internet	1(0,3)	10(0,8)	10(0,7)	2(0,7)	2(0,2)	5(0,3)	0(0,0)	2(0,2)	3(0,2)	3,64ns
4. Difundir fotos/vídeos privados	8(2,6)	19(1,5)	28(1,9)	0(0,0)	0(0,0)	5(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	2(0,1)	8,27ns
5. Fotografíar en vestuarios, playa... y difundir	4(1,3)	15(1,2)	18(1,2)	2(0,7)	1(0,1)	1(0,1)	1(0,3)	1(0,1)	2(0,1)	8,34ns
6. Llamadas anónimas para asustar	11(3,6)	63(5,1)	95(6,4)	0(0,0)	7(0,6)	11(0,7)	1(0,3)	4(0,3)	2(0,1)	8,50ns
7. Chantajear/amenazar con llamadas/mensajes	7(2,3)	17(1,4)	31(2,1)	0(0,0)	3(0,2)	3(0,2)	1(0,3)	2(0,2)	1(0,1)	4,67ns
8. Acosar sexualmente móvil/Internet	3(1,0)	4(0,3)	12(0,8)	1(0,3)	4(0,3)	4(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	4(0,3)	4,97ns
9. Suplantar la personalidad	5(1,7)	25(2,0)	37(2,5)	0(0,0)	2(0,2)	3(0,2)	1(0,3)	3(0,2)	0(0,0)	5,85ns
10. Robar contraseña	9(3,0)	48(3,8)	64(4,3)	2(0,7)	2(0,2)	5(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	5(0,3)	5,68ns
11. Trucar fotos/vídeos y difundir	6(2,0)	11(0,9)	14(0,9)	1(0,3)	1(0,1)	5(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	2(0,1)	6,37ns
12. Aislar en redes sociales	3(1,0)	15(1,2)	27(1,8)	0(0,0)	1(0,1)	4(0,3)	1(0,3)	1(0,1)	2(0,1)	5,61ns
13. Chantajear para hacer algo y no difundir intimidad	2(0,7)	8(0,6)	11(0,7)	1(0,3)	3(0,2)	4(0,3)	1(0,3)	2(0,2)	1(0,1)	1,63ns
14. Amenazar de muerte	6(2,0)	9(0,7)	10(0,7)	1(0,3)	2(0,2)	6(0,4)	1(0,3)	1(0,1)	0(0,0)	11,15ns
15. Difamar y crear rumores para desprestigiar	8(2,6)	27(2,2)	48(3,3)	1(0,3)	2(0,2)	7(0,5)	1(0,3)	2(0,2)	2(0,1)	5,67ns

ns = no significativo.



**Tabla 3.** Observadores de *Cyberbullying*: Frecuencia y porcentaje de participantes que han observado *cyberbullying* en el último año en función del nivel socio-económico-cultural.

	Algunas veces			Bastantes veces			Siempre			$\chi^2$
	Bajo F(%)	Medio F(%)	Alto F(%)	Bajo F(%)	Medio F(%)	Alto F(%)	Bajo F(%)	Medio F(%)	Alto F(%)	
1. Mensajes ofensivos/insultantes móvil/Internet	<b>74(24,5)</b>	<b>342(27,4)</b>	<b>461(31,3)</b>	<b>6(2,0)</b>	<b>48(3,8)</b>	<b>59(4,0)</b>	<b>3(1,0)</b>	<b>8(0,6)</b>	<b>9(0,6)</b>	<b>12,68*</b>
2. Llamadas ofensivas/insultantes móvil/Internet	53(17,5)	261(20,9)	352(23,9)	6(2,0)	35(2,8)	45(3,1)	3(1,0)	6(0,5)	7(0,5)	10,22ns
3. Agredir, grabar y colgar en Internet	34(11,3)	113(9,1)	159(10,8)	7(2,3)	22(1,8)	25(1,7)	0(0,0)	4(0,3)	5(0,3)	4,29ns
4. Difundir fotos/vídeos privados	<b>37(12,3)</b>	<b>211(16,9)</b>	<b>380(25,8)</b>	<b>5(1,7)</b>	<b>16(1,3)</b>	<b>25(1,7)</b>	<b>2(0,7)</b>	<b>6(0,5)</b>	<b>11(0,7)</b>	<b>50,25***</b>
5. Fotografiar en vestuarios, playa... y difundir	<b>23(7,6)</b>	<b>146(11,7)</b>	<b>218(14,8)</b>	<b>1(0,3)</b>	<b>19(1,5)</b>	<b>17(1,2)</b>	<b>1(0,3)</b>	<b>4(0,3)</b>	<b>9(0,6)</b>	<b>18,76**</b>
6. Llamadas anónimas para asustar	<b>42(13,9)</b>	<b>238(19,1)</b>	<b>324(22,0)</b>	<b>7(2,3)</b>	<b>27(2,2)</b>	<b>56(3,8)</b>	<b>1(0,3)</b>	<b>8(0,6)</b>	<b>7(0,5)</b>	<b>20,18**</b>
7. Chantajejar/amenazar con llamadas/mensajes	<b>31(10,3)</b>	<b>128(10,3)</b>	<b>205(13,9)</b>	<b>5(1,7)</b>	<b>22(1,8)</b>	<b>15(1,0)</b>	<b>1(0,3)</b>	<b>3(0,2)</b>	<b>7(0,5)</b>	<b>13,21*</b>
8. Acosar sexualmente móvil/Internet	20(6,6)	75(6,0)	102(6,9)	5(1,7)	12(1,0)	14(1,0)	1(0,3)	2(0,2)	4(0,3)	2,78 ns
9. Suplantar la personalidad	55(18,2)	281(22,5)	376(25,6)	9(3,0)	41(3,3)	58(3,9)	2(0,7)	6(0,5)	8(0,5)	10,90 ns
10. Robar contraseña	<b>70(23,3)</b>	<b>343(27,5)</b>	<b>511(34,7)</b>	<b>12(4,0)</b>	<b>73(5,9)</b>	<b>109(7,4)</b>	<b>3(1,0)</b>	<b>11(0,9)</b>	<b>19(1,3)</b>	<b>38,64***</b>
11. Trucar fotos/vídeos y difundir	<b>38(12,6)</b>	<b>148(11,9)</b>	<b>261(17,7)</b>	<b>6(2,0)</b>	<b>18(1,4)</b>	<b>25(1,7)</b>	<b>2(0,7)</b>	<b>9(0,7)</b>	<b>9(0,6)</b>	<b>20,49**</b>
12. Aislar en redes sociales	<b>21(7,0)</b>	<b>108(8,7)</b>	<b>196(13,3)</b>	<b>3(1,0)</b>	<b>22(1,8)</b>	<b>25(1,7)</b>	<b>1(0,3)</b>	<b>2(0,2)</b>	<b>5(0,3)</b>	<b>22,36***</b>
13. Chantajejar para hacer algo y no difundir intimidad	21(7,0)	73(5,9)	121(8,2)	3(1,0)	14(1,1)	13(0,9)	0(0,0)	3(0,2)	3(0,2)	6,77 ns
14. Amenazar de muerte	15(5,0)	69(5,5)	73(5,0)	6(2,0)	6(0,5)	12(0,8)	1(0,3)	6(0,5)	6(0,4)	7,59 ns
15. Difamar y crear rumores para desprestigiar	<b>53(17,5)</b>	<b>276(22,2)</b>	<b>374(25,4)</b>	<b>5(1,7)</b>	<b>35(2,8)</b>	<b>67(4,6)</b>	<b>2(0,7)</b>	<b>10(0,8)</b>	<b>12(0,8)</b>	<b>22,25***</b>

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ , ns = no significativo.

### Indicadores de *cyberbullying* y nivel socio-económico-cultural

Para analizar si la cantidad de conductas de *cyberbullying* varía en función del NSEC se llevó a cabo un análisis de varianza multivariante (MANOVA) con las puntuaciones obtenidas en los 4 indicadores: victimización, perpetración, observación, y victimización-agresiva. Los resultados del MANOVA realizado con el conjunto de indicadores en función del NSEC evidenciaron diferencias significativas, Lambda de Wilks,  $\Lambda = 0,985$ ,  $F_{(6, 6000)} = 7,63$ ,  $p < 0,001$  (tamaño del efecto muy bajo,  $\eta^2 = 0,008$ ,  $r = 0,08$ ). Los resultados de los análisis descriptivos e inferenciales (ver Tabla 4) confirman diferencias significativas únicamente en el nivel de observación, evidenciándose que a mayor NSEC, mayor observación de conductas de *cyberbullying* (Bonferroni:  $1 < 2 < 3$ ).



**Tabla 4.** Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza, tamaño del efecto, en indicadores de *cyberbullying* en distintos niveles socio-económico-culturales.

	<b>Bajo</b> <i>M(DT)</i>	<b>Medio</b> <i>M(DT)</i>	<b>Alto</b> <i>M(DT)</i>	$F_{(2,3023)}$	$\eta^2$
Victimización	1,09(2,62)	0,85(2,20)	0,78(1,89)	2,63ns	0,002
Perpetración	0,57(2,99)	0,40(2,05)	0,52(2,06)	1,18ns	0,001
Observación	<b>2,73</b> (4,50)	<b>3,12</b> (4,29)	<b>3,78</b> (4,54)	<b>11,33***</b>	0,007
Victimización-Agresiva	1,65(5,15)	1,25(3,63)	1,30(3,29)	1,47ns	0,001

\*\*\*  $p < 0,001$ , ns = no significativo.

### Discusión/conclusiones

Los resultados han puesto de relieve que el porcentaje de *cybervíctimas* y *cyberagresores*, así como la cantidad de conductas de *cyberbullying* sufridas y perpetradas en los distintos NSEC, en general, fueron similares. Sin embargo, el porcentaje de observadores de varias conductas objeto de evaluación, y la cantidad de conductas de *cyberbullying* observadas aumentó a medida que aumentó el NSEC.

Estos resultados confirman los obtenidos por otros estudios que no han hallado relaciones significativas entre *cyberbullying* y NSEC (Erdur-Baker y Kavşut, 2007) o que concluyen que aunque haya una relación positiva entre ser víctima y pertenecer a un alto NSEC, las prevalencias de victimización y perpetración son similares en los sujetos de NSEC bajo y medio (Moore et al., 2012). No obstante, los resultados contradicen los obtenidos por estudios que han encontrado menor victimización en el NSEC alto (Låftman et al., 2013; Topçu et al., 2008), pero esta discrepancia puede ser explicada por la falta de NSEC extremos en la muestra del presente estudio.

Teniendo en cuenta la prevalencia global (30,2% *cybervíctimas*, 15,5% *cyberagresores*) los resultados sugieren la importancia de implementar intervenciones psicoeducativas para prevenir la conducta violenta, e intervenciones clínicas basadas en la evidencia con víctimas y agresores. Los resultados evidencian que el *cyberbullying* se sufre y realiza de forma similar en diferentes NSEC, es decir, su presencia en todos los contextos sociales. Como limitación del estudio cabe resaltar la ausencia de muestra de NSEC extremos (muy bajo/muy alto), lo que sugiere plantear en el futuro estudios que incluyan muestra de estas características.

### Agradecimientos

Financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-30956), el Dpto. Educación, Política Lingüística y Cultura del Gobierno Vasco (IT-638-13), y la Unidad de Formación e Investigación de la UPV/EHU (UFI-PSIXXI-11/04).

### Referencias

- Ahlfors, R. (2010). Many sources, one theme: analysis of cyberbullying prevention and intervention websites. *Journal of Social Sciences*, 6, 515-522.
- Akbulut, Y., Sahin, Y.L. y Eristi, B. (2010). Cyberbullying victimization among Turkish online social utility members. *Educational Technology & Society*, 13, 192-201.
- Erdur-Baker, Ö. y Kavşut, F. (2007). Cyber bullying: a new face of peer bullying. *Egitim Arastirmalari-Eurasian Journal of Educational Research*, 27, 31-42.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: Una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 233-254.



- Garaigordobil, M. (2013). *Test cyberbullying para la evaluación de la violencia entre iguales*. Madrid: TEA.
- Kowalski, R., Limber, S. y Agatston, P. (2008). *Cyber bullying: Bullying in the digital age*. Malden, MA: Blackwell.
- Låftman, S., Modin, B. y Östberg, V. (2013). Cyberbullying and subjective health: A large-scale study of students in Stockholm, Sweden. *Children and Youth Services Review*, 35, 112-119.
- Moore, P.M., Huebner, E.S. y Hills, K.J. (2012). Electronic bullying and victimization and life satisfaction in middle school students. *Social Indicators Research*, 107, 429-447.
- Olweus, D. (1973). *Hackkycklingar och oversittare: forskning orn skol-mobbning*. Estocolmo: Almqvist & Wiksell.
- Topçu, Ç., Erdur-Baker, Ö. y Çapa-Aydın, Y. (2008). Examination of cyberbullying experiences among Turkish students from different school types. *CyberPsychology & Behavior*, 11, 643-648.



## INFLUENCIA DE LA RELACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PRC)

**María Concepción Escolar-Gutiérrez<sup>1</sup>, Belén López-Moya,  
Laura Portabales Barreiro, Carmen Carcedo-Robles y Adela Alonso-Abolafia**

*Hospital Ramón y Cajal de Madrid, España*

**RESUMEN. Antecedentes:** A pesar de la participación en programas de rehabilitación cardíaca, la adherencia mostrada por los pacientes cardiovasculares es escasa. Esto supone un factor de riesgo de reingreso hospitalario y aumento de morbilidad. Los factores implicados son diversos: el paciente, el medio ambiente, el tratamiento farmacológico y la relación con el equipo asistencial. Es necesario identificar los factores que pueden estar influyendo en la falta de adherencia y modificarlos. El objetivo de este estudio es estudiar la adherencia al tratamiento de pacientes con cardiopatías en un grupo de Rehabilitación Cardíaca. **Método:** Se recogieron datos clínicos de 364 pacientes coronarios, atendidos en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Durante el programa asisten a entrenamiento en técnicas de relajación, gestión del estrés y terapia grupal. Los cuestionarios administrados pre y postratamiento son el Cuestionario de depresión de Beck y el Cuestionario de ansiedad STAI. Se realiza un seguimiento de los pacientes a los 12 meses de haber finalizado el programa donde se valora la adherencia al tratamiento. **Resultados:** Encontramos una disminución significativa de los niveles de ansiedad y depresión al finalizar el programa de rehabilitación respecto a la medida pretratamiento. Los resultados muestran un buen cumplimiento terapéutico en el seguimiento de la evaluación en 123 de 224 pacientes (55%). Cuando se introduce el análisis de regresión logística, solo la edad y el apoyo percibido por los profesionales sanitarios continuaron siendo significativos en el mantenimiento de los cambios promovidos por el tratamiento. **Conclusiones:** Nuestro estudio confirma que la percepción que tienen los pacientes del apoyo recibido por los profesionales en los PRC ejerce un efecto positivo en la adhesión al tratamiento a largo plazo, manteniendo los cambios en el estilo de vida promovidos por el tratamiento (12 meses). Estos resultados muestran, por tanto, que la buena relación profesional sanitario-paciente en los PRC favorece que los pacientes adquieran y mantengan un estilo de vida más saludable.

**Palabras Clave:** Adherencia, enfermedades cardiovasculares, percepción apoyo de los profesionales sanitarios, ansiedad, depresión.

**ABSTRACT. Background:** Despite the involvement in cardiac rehabilitation programs, adherence shown by cardiovascular patients is scarce. This is a risk factor for hospital re-entry and morbidity increase. Factors involved are various: the patient, the environment, drug pharmacotherapy and relationship with the care crew. It is necessary to identify the factors that may be influencing nonadherence and modify them. The aim of this study is to study treatment adherence of patients with coronary heart disease in a group of Coronary Rehabilitation. **Methods:** We collected clinical data from 364 coronary patients treated at Coronary Rehabilitation Program. During the program attends relax techniques training, stress management and group support therapy. The questionnaires administered before and after treatment are the Beck Depression Inventory and Anxiety questionnaire STAI. A follow up

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Edificio de Consultas Externas 2ª planta, 28049, Madrid (España). E-mail: maria.escolar@gmail.com





evaluation is done 12 month after the end of the program in which assesses treatment adherence. **Results:** We met a significative reduction in anxiety and depression levels at the end of the rehabilitation program compared to the pretreatment measure. Results show good adherence in the follow-up evaluation in 123 of 224 patients (55%). When we introduced the logistic regression analysis, only age and sanitary professionals support perceived remained significant in maintenance of changes promoted by the treatment. **Conclusions:** Our study confirms that patients' perceptions of support received by professionals in the RCP have a positive effect on long-term treatment adherence, keeping the changes in lifestyle promoted by the treatment (12 months). These results show, therefore, that good sanitary professional-patient relationship in the PRC stimulates that patients achieve and maintain a healthy lifestyle.

**Keywords:** Adherence, cardiovascular diseases, sanitary professional support perception, anxiety, depression.

### Introducción

Los diferentes apoyos recibidos serán decisivos de cara a la recuperación y adaptación a la enfermedad cardíaca. Los Programas de Rehabilitación Cardíaca tienen un importante componente de apoyo social. Los profesionales de la salud median en las distintas etapas por las que pasa el enfermo cardíaco hasta el ajuste adaptativo de la enfermedad.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países desarrollados. Se estima que un 60% de esas son debidas a enfermedad cardíaca (Wielgozs y Nolan, 2000). La insuficiencia cardíaca supone un importante problema de salud en los países desarrollados. El número de hospitalizaciones y los costes derivados del tratamiento de estos pacientes se han incrementado notablemente, y el principal componente de este coste sanitario son las sucesivas rehospitalizaciones, que pueden representar hasta el 70% de éste. Una de las principales causas de descompensación y, por tanto, de ingreso hospitalario es una mala adherencia terapéutica del paciente (Bonilla Ibáñez, 2007).

Los PRC tienen como objetivo ayudar a los pacientes con enfermedad cardiovascular a reanudar vidas activas y productivas sin limitaciones impuestas por su proceso de enfermedad, mejorar la calidad de vida, disminuir la incidencia de complicaciones y, si es posible, de mortalidad (Maroto y de Pablo, 1995). Por ello, pretenden abarcar diferentes tipos de actuaciones tanto a nivel físico como a nivel psicológico (De la Calle, Barriopedro y Aznar, 2000).

Los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según la literatura se definen como el conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de la salud. De modo concluyente, si el paciente no sigue el tratamiento prescrito, la responsabilidad recae directamente sobre él. Sin embargo, existe evidencia de que los profesionales de la salud, los sistemas de salud, las condiciones económicas del paciente y del entorno pueden tener una gran influencia en el nivel de adherencia del paciente a sus tratamientos (Bonilla Ibáñez, 2007). Hay otras características dependientes del programa que también ejercen influencia: poca comunicación entre los pacientes y el personal médico o paramédico, horarios, lejanía del lugar, programas individuales o de grupos, falta de realización de evaluaciones clínicas o ergométricas periódicas, etc. (Rivas Estany, 1999).



En resumen, se debe tener en consideración que los factores implicados en la escasa adhesión al tratamiento mencionada son diversos: el paciente, el medio ambiente, el tratamiento farmacológico y la relación con el equipo asistencial. Por ello, es imprescindible reconocer los factores, tanto biomédicos como psicosociales, que pueden condicionar una deficiente adherencia terapéutica y realizar acciones encaminadas a modificarlos, así como adaptar los PRC a las necesidades individualizadas de cada paciente en la mayor medida posible (Conthe y Tejerina, 2007). Por mencionar un ejemplo, es muy importante que el programa de entrenamiento físico tenga en cuenta las características, requerimientos y preferencias individuales de los pacientes, lo que incluye un análisis de sus necesidades laborales o vocacionales, de manera que se propicie una adherencia prolongada a la rehabilitación (Rivas Estany, 1999). No debemos olvidar, que dentro de las posibilidades, medios y recursos a nuestro alcance, debemos maximizar la adherencia de los pacientes a los tratamientos.

Teniendo en consideración todos estos datos, nos planteamos estudiar el impacto particular del apoyo social que reciben los pacientes del PRC por parte de los profesionales sanitarios que lo componen, y su influencia en la adherencia al tratamiento a largo plazo. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Esta unidad se compone de un equipo interdisciplinar formado por cardiólogos, médico rehabilitador, psiquiatra, psicólogos, ATS, fisioterapeuta y trabajadora social. El tratamiento consiste en entrenamiento físico, control de factores de riesgo cardiovasculares, actuación psicológica (entrenamiento en técnicas de relajación, terapia cognitiva-conductual, terapia de grupo, además de psicoterapia individual y familiar en caso de ser necesario), valoración sociolaboral, consejo nutricional, programa antitabaco, etc.

## Método

### *Participantes*

Se recogen datos clínicos de 364 pacientes de ambos sexos con enfermedad cardiovascular seleccionados consecutivamente en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, La edad promedio de los participantes fue 56,25 años ( $DE = 10,49$ ), con edades comprendidas entre 25-78 años, y una distribución por sexos de 307 hombres (84%) y 57 mujeres (16%).

### *Materiales/instrumentos*

Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario de depresión de Beck (BDI; Beck y otros, 1985), el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y un Cuestionario adaptado del Inventario de Recursos Sociales (Díaz Veiga, 1987) para evaluar la Percepción de Apoyo de los Profesionales Sanitarios (Sanitary Professional Support Perceived), en la que se pide al paciente que valore el grado en que le proporcionan tres diferentes tipos de apoyo los profesionales de la salud, así como la satisfacción con los mismos: apoyo de tipo emocional, informacional y material. Se trata de aspectos funcionales del apoyo social. Las puntuaciones se distribuyen en una escala tipo Likert que va desde 1 (mínimo apoyo del profesional sanitario) hasta 7 (máximo apoyo del profesional sanitario). Además 12 meses tras el alta del programa se realizó una evaluación de seguimiento de la adherencia al tratamiento, donde se evaluaba el cumplimiento de las prescripciones pautadas en las siguientes áreas: alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco y ejercicios de relajación



### *Procedimiento*

Las distintas pruebas psicométricas de recogida de datos fueron aplicados tanto al ingreso en el PRC como al finalizar el tratamiento, por lo que disponemos de datos de medida pre y postratamiento. Dicho tratamiento en la Unidad de RC tiene una duración de entre 8 y 12 aproximadamente dependiendo de la evolución y mejoría en los parámetros cardiovasculares de los pacientes que lo integran.

Además, transcurridos 12 meses tras el alta del programa se realizó una evaluación de seguimiento del mantenimiento de los resultados tras la participación en el PRC y de la adherencia al tratamiento, entendida ésta como el grado en el que los pacientes siguen en su vida diaria las recomendaciones recibidas en el programa en cuanto a hábitos de alimentación saludables, práctica regular de ejercicio físico, abandono del tabaco y realización de ejercicios de relajación y respiración. Las variables de estudio fueron: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y percepción de apoyo de los profesionales sanitarios (SPSP).

### **Resultados**

Los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas aplicadas se encuentran reflejados en las Tablas 1 y 2. El análisis estadístico se realizó con el paquete de software SPSS 15.0 para Windows. La significación estadística se estableció en  $p < 0,05$ . La comparación de medias se realizó mediante una prueba  $t$  de Student y para evaluar la interacción entre diferentes variables y los cambios (mejoría) psicológicos se planteó un modelo de regresión lineal múltiple.

En el grupo de hombres los resultados arrojan una reducción significativa al final del programa, respecto a la medida pretratamiento, en el estado de ansiedad ( $p < 0,01$ ), el rasgo de ansiedad ( $p < 0,01$ ) y niveles de depresión ( $p < 0,05$ ). El apoyo percibido por los profesionales sanitarios (SPSP) se muestra muy similar al comienzo y final del programa, no hallando diferencias significativas. Sin embargo, en el grupo de mujeres los datos muestran también una reducción significativa en el estado de ansiedad ( $p < 0,01$ ), rasgo de ansiedad ( $p < 0,05$ ), pero no en los niveles de depresión (Tabla 4). En la variable SPSP tampoco se hallan diferencias significativas.

Analizando las diferencias entre los grupos de mujeres y hombres estudiados, los resultados muestran a nivel pretratamiento, recién ocurrido el evento cardiaco, los niveles de ansiedad y depresión observados son significativamente más altos en mujeres que en hombres ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, no se encuentran diferencias en cuanto a la percepción de apoyo por los profesionales sanitarios (SPSP, Sanitary Professional Support Perceived) (Tabla 3). Ambos sexos perciben el apoyo proporcionado de modo similar. Lo mismo ocurre después de haber recibido el tratamiento, momento del alta del paciente del programa, donde los resultados también muestra que los niveles de ansiedad y depresión continúan siendo significativamente mayores en mujeres que en hombres ( $p < 0,05$ ), sin hallar diferencias en SPSP por sexo (Tabla 3).

Por último, la evaluación del mantenimiento de la adherencia en las áreas mencionadas a los 12 tras finalizar el programa ha sido realizada en 224 del total de 364 pacientes hasta la fecha (55%). Los datos obtenidos muestran un buen cumplimiento terapéutico en el seguimiento de la evaluación. Es notable el hallazgo de que cuando se introduce estos datos en el análisis de regresión logística, sólo la edad y el SPSP continuaron siendo significativos, ayudando a mantener el cumplimiento terapéutico. Este modelo de regresión permitió la clasificación correcta de 70,1% de los pacientes.



**Tabla 1.** Medidas pretratamiento.

<i>PRE</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Error medio estándar</i>
<b>Ansiedad Estado</b>	Hombre	307	22,01	11,344	0,647
	Mujer	57	27,65	12,250	1,623
<b>Ansiedad Rasgo</b>	Hombre	307	21,32	10,021	0,572
	Mujer	57	27,58	10,428	1,381
<b>Depresión</b>	Hombre	307	8,00	5,924	0,339
	Mujer	57	12,28	9,595	1,271
<b>SPSP</b>	Hombre	307	16,09	4,076	0,238
	Mujer	57	16,05	4,578	0,612

**Tabla 2.** Medidas postratamiento.

<i>POST</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Error medio estándar</i>
<b>Ansiedad Estado</b>	Hombre	307	19,25	10,913	0,623
	Mujer	57	23,77	11,889	1,575
<b>Ansiedad Rasgo</b>	Hombre	307	19,03	9,930	0,567
	Mujer	57	24,86	12,518	1,658
<b>Depresión</b>	Hombre	307	7,22	6,039	0,345
	Mujer	57	10,88	8,830	1,170
<b>SPSP</b>	Hombre	307	16,44	3,927	0,245
	Mujer	57	16,60	3,929	0,599

**Tabla 3.** Diferencia media entre mujeres y hombres.

	<i>Ansiedad Estado</i>		<i>Ansiedad Rasgo</i>		<i>Depresión</i>		<i>SPSP</i>	
	Dif M-H	p	Dif M-H	p	Dif M-H	p	Dif M-H	p
<b>PRE</b>	5,64	< 0,05	6,26	< 0,05	4,28	< 0,05	0,04	NS
<b>POST</b>	4,52	<0,05	5,83	<0,05	3,66	<0,05	0,24	NS

**Tabla 4.** Puntuaciones medias.

	<b>HOMBRES</b>			<b>MUJERES</b>		
	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>p</i>	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>p</i>
<b>Ansiedad Estado</b>	22,01	19,25	< 0,01	27,65	23,77	< 0,05
<b>Ansiedad Rasgo</b>	21,32	19,03	< 0,01	27,58	24,86	< 0,01
<b>Depresión</b>	8,00	7,22	< 0,05	12,28	10,88	NS
<b>SPSP</b>	16,09	16,44	NS	16,05	16,60	NS

### Conclusiones

En un estudio, García Leguizamón (2008) revela que la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la patología cardiovascular en relación a los factores concernientes a la relación profesional sanitario-paciente se centra en una comunicación terapéutica eficaz y satisfactoria para los pacientes y sus familiares, que comprenden y siguen adecuadamente las indicaciones del profesional.

En esa línea, nuestro estudio apoya la importancia de la relación profesional sanitario-paciente en los PRC para el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida a todos los niveles promovidos por el tratamiento a largo plazo (12 meses). De las tres dimensiones de apoyo evaluadas, parece ser que el apoyo emocional es el más útil independientemente de quien lo proporcione y que el apoyo informacional es



especialmente importante procedente de profesionales de la salud y no de otra fuente como familia o amigos (Dakof y Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984). Sin duda, la buena relación profesional sanitario-paciente en los PRC favorecerá la educación de los pacientes y sus familiares para adquirir y mantener un mejor estilo de vida, facilitando claramente la comunicación y el entendimiento de las recomendaciones por parte del paciente.

Por todo ello, es necesario cuidar este factor, ya que la adherencia de los pacientes a los programas de prevención secundaria a largo plazo es un factor clave en cuanto a su éxito y favorece la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida más saludable.

### Referencias

- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1985). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Bonilla Ibáñez, C.P. (2007) Diseño de un Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería*, XXV, 46-55.
- Conthe, P. y Tejerina, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 7, 57-66.
- Dakof, G.A. y Taylor S.E. (1990). Victims' perceptions of social Support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- De la Calle Pérez, L., Barriopedro Moro, M.I. y Aznar Laín, S. (2004). Niveles de adherencia en postinfartados. *Kronos. La revista científica de actividad física y deporte*, 5, 19-25.
- Díaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández Ballesteros (Comp.), *El ambiente: un análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social*, 40, 77-98.
- García Leguizamón, M. (2008) *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto de 2008*. Colombia: Departamento de Enfermería Clínica, Universidad Pontificia Javeriana.
- Herrera Lían, A. (2008). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería (en línea)*, XXVI, 36-42. Recuperado el 5 de Julio de 2013 en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)
- Maroto Montero, J.M. y De Pablo Zarzosa, C. (2011). *Rehabilitación Cardiovascular*. España: Médica Panamericana
- Maroto, J.M. y de Pablo-Zarzosa, C. (1995). Ejercicio Físico y Corazón. *Fundación Española del Corazón*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Rivas Estany, E. (1999). Fase de mantenimiento de la rehabilitación cardíaca. Características. *Revista Cubana Cardiología, Cirugía Cardiovascular*, 13, 149-157.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.





## ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO EN ANSIEDAD ESCOLAR EN FUNCIÓN DEL COMPONENTE AGRESIVO?

Nelly Lagos San Martín<sup>1\*</sup>, José Manuel García-Fernández\*\*,  
Cándido J. Inglés\*\*\*, María Isabel Gómez-Núñez\*\*,  
Carolina González Macía\*\* y María Vicent Juan\*\*

\*Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

\*\*Universidad de Alicante, España

\*\*\*Universidad Miguel Hernández, España

**RESUMEN. Antecedentes:** La adolescencia es una etapa vital en la que ocurren importantes cambios físicos, cognitivos y sociales, incrementando el riesgo de aparición de problemas internos y externos como la ansiedad y la agresividad. Con el fin de contribuir a la detección temprana y a la prevención de las dificultades interpersonales durante esta etapa evolutiva, resulta de especial interés conocer la relación que existe entre ambas problemáticas. Por ello, el objetivo de este estudio fue comprobar si existían diferencias según género en ansiedad escolar en función de los componentes de agresividad en una muestra de adolescentes chilenos. **Método:** En el estudio participaron 898 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 17 años ( $M = 15,44$ ;  $DT = 1,26$ ). La ansiedad escolar se evaluó con el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES) y la Agresión se midió con el *Aggression Questionnaire Short Form* (AQ-S) que evalúa agresión de tipo verbal, agresión física, ira y hostilidad. **Resultados:** Los chicos con altas puntuaciones en agresión verbal, física, ira y hostilidad presentaban puntuaciones significativamente mayores en ansiedad escolar que sus iguales con baja agresividad en los factores mencionados. Los tamaños del efecto encontrados fueron bajos en agresión verbal y física, y moderados en ira y hostilidad. En las chicas no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad escolar según los niveles de agresividad. **Conclusiones:** Estos resultados indican que la conducta agresiva está asociada a mayores niveles de ansiedad escolar en los chicos, confirmando así la importancia de la educación emocional en los alumnos de educación secundaria.

**Palabras clave:** adolescencia, ansiedad escolar, agresividad, género.

**ABSTRACT. Background:** Adolescence is a development stage in which important physical, cognitive and social changes happen, increasing the risk of suffering internal and external problems like anxiety and aggressiveness. In order to contribute to early detection and prevention of interpersonal difficulties during this development stage, it is particularly interesting to know the relationship between these behaviours. The aim of this study was to check if there were gender differences in school anxiety depending on the aggressive behaviour components in a sample of Chilean adolescents. **Method:** The study included 898 Chilean adolescents ranging in age from 12 to 17 years ( $M = 15.44$ ,  $SD = 1.26$ ). School Anxiety was assessed with School Anxiety Inventory (SAI) and aggressive behaviour was measured with the *Aggression Questionnaire Short Form* (AQ-S) that evaluates verbal aggression, physical aggression, anger and hostility. **Results:** Boys with high scores on verbal aggression, physical aggression, anger and hostility scored significantly higher on school anxiety than their peers with low aggression in previous factors. Effect sizes were low for verbal and physical aggression, and moderate for anger and hostility. Girls did not show significant differences. **Conclusion:** These results indicated that aggressive behaviour was

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad del Bío-Bío. Calle la Castilla, s/n. 3780000, Chillán (Chile). E-mail: nlagos@ubiobio.cl



associated with higher levels of school anxiety in boys. It really confirms the importance of emotional education in secondary school children.

**Keywords:** Adolescence, school anxiety, aggression, gender.

### Introducción

La adolescencia está considerada como una de las épocas más importantes en el desarrollo de las personas, debido en parte, a los profundos cambios que se producen en ella. Durante esta etapa es posible que se inicien, e incluso se incrementen, algunos problemas internos como la ansiedad (Inglés et al., 2008), así como otros problemas de tipo externo como la conducta agresiva, muchas veces exteriorizada a través de conductas violentas y de comportamientos antisociales (Marín, 2002).

Entre los distintos trastornos relacionados con la ansiedad, la ansiedad escolar es uno de los que más repercute en el desarrollo de los niños y adolescentes, ya que supone problemas de ajuste al medio educativo, considerado como uno de los principales agentes de socialización y de transmisión de conocimientos. Esta reacción emocional se define como un conjunto de manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras que el individuo emite ante situaciones escolares que él mismo evalúa como amenazantes, ambiguas y/o peligrosas (García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo y Redondo, 2008). Cualquier situación amenazante presenta genéricamente un potencial para generar reacciones emocionales de ansiedad o estrés, y en ese escenario es habitual que la agresividad o los comportamientos agresivos estén también presentes (Fernández-Castillo, 2009; Grandis, 2009). La conducta agresiva, al igual que la ansiedad escolar, es un constructo multidimensional, definido por tres componentes principales: el cognitivo (hostilidad), afectivo-emocional (ira) y conductual (agresión) (Barefoot, 1992).

La importancia tanto de la ansiedad escolar, como de la conducta agresiva para el desarrollo de los niños y adolescentes, han hecho posible que en los últimos años se hayan incrementado el número de investigaciones sobre estos constructos. No obstante, son escasos los estudios que evalúan la relación entre ambas variables. La mayoría de los estudios realizados con adolescentes evalúan las correlaciones entre la conducta agresiva y la ansiedad general mostrada por los sujetos, en los cuales aparece una clara relación positiva entre ambas variables (Grant, Compas, Thurm, McMahon y Gipson, 2004; Konishi y Hymel, 2009). Sólo hallamos un estudio en el cual se evalúa la relación entre ansiedad escolar y conducta agresiva (Essau, Muris y Ederer, 2002), realizado con alumnos de 8-12 años, en el que la fobia escolar correlacionaba positiva y moderadamente con la conducta agresiva.

En el caso de Chile, sucede algo distinto. Este país cuenta con una variada gama de estudios sobre agresividad y violencia escolar (García y Madriaza, 2006; Gobierno de Chile, 2006; López, Morales y Ayala, 2009; Maciá y Miranda, 2009; Pasten, Lobos y Mosqueda, 2011). Sin embargo, apenas existen investigaciones que hayan evaluado la ansiedad de manera general en la adolescencia (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007; Larraguibel, Toledo y Schiattino, 2008; Vera-Villaruel et al., 2007) y ninguna que evalúe de manera específica la ansiedad escolar en esta etapa educativa. Por lo tanto, la relación entre conducta agresiva y ansiedad escolar, teniendo en cuenta las diferencias asociadas al género, no ha sido estudiada.





Por ello, el propósito principal de este estudio es establecer las diferencias en los niveles de ansiedad escolar que presenta una muestra de los adolescentes chilenos en base al nivel de agresividad mostrado en sus distintas dimensiones, teniendo en cuenta además, la variable género. El cumplimiento de este objetivo cubriría el estudio de este aspecto de la realidad, lo que permitiría una mejor comprensión de las variables que afectan al ajuste social y psicológico de los adolescentes chilenos.

## Método

### *Participantes*

Se seleccionaron aleatoriamente seis centros educativos de Educación Secundaria de seis comunas de la provincia de Ñuble, pertenecientes a la Región del Bío-Bío, en Chile. Posteriormente, se seleccionó de forma aleatoria una clase por cada curso académico. La muestra reclutada se compuso de 943 alumnos. De este total, 45 estudiantes (4,7%) fueron excluidos debido a las respuestas incompletas o a que sus padres no dieron el consentimiento informado por escrito para participar en la investigación. La muestra final estuvo formada por 898 estudiantes, 445 chicos (49,5%) y 453 chicas (50,5%) con edades comprendidas entre los 12 y 17 años ( $M = 15,44$ ,  $DT = 1,26$ ).

### *Instrumentos*

- Inventario de Ansiedad Escolar para Educación Secundaria (IAES; García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo, Marzo y Estévez, 2011). Se empleó la adaptación chilena que evalúa las respuestas de ansiedad en el ámbito educativo en adolescentes de 12 a 18 años, mediante siete escalas: tres relativas a los sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), tres de factores situacionales (Ansiedad ante la evaluación social, ansiedad ante el fracaso escolar y ansiedad ante la agresión) y una puntuación total. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la versión chilena del IAES fueron: 0,95 (puntuación total IAES), 0,93 (Ansiedad ante la Evaluación Social), 0,91 (Ansiedad ante el Fracaso Escolar), 0,92 (Ansiedad ante la Agresión) 0,83 (Ansiedad Cognitiva), 0,87 (Ansiedad Psicofisiológica) y 0,82 (Ansiedad Conductual).
- *Aggression Questionnaire Short Form* (AQ-S; Buss y Perry, 1992). Se empleó la adaptación chilena de la prueba (Andreu-Rodríguez, Peña y Graña, 2002). Consta de 29 ítems codificados en una escala likert de cinco puntos (1 = no me describe en absoluto; 5 = me describe totalmente). Su estructura está formada por 4 subescalas, que miden Agresividad Física, Agresividad Verbal, Ira y Hostilidad. Los índices de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de la versión chilena son de 0,79 (Agresión física), 0,72 (Agresión verbal), de 0,73 (Ira) y 0,78 (Hostilidad).

### *Procedimiento*

La aplicación de los cuestionarios fue realizada por los investigadores en horario lectivo y en compañía de los profesores de los cursos. En primer lugar se dieron las instrucciones, se realizaron ejemplos colectivos y se enfatizó la importancia de no dejar ítems sin contestar. Durante el proceso se proporcionó la ayuda necesaria, se verificó la cumplimentación correcta e independiente por parte de los sujetos y se revisó la correcta identificación de los datos de identificación. Al finalizar, se agradeció la participación y



colaboración en el proyecto a cada uno de los grupos (alumnos, profesores y equipos directivos), asegurando la entrega de un informe con los resultados y ofreciendo el apoyo necesario a partir de distintas sugerencias educativas.

#### Análisis de datos

Para la realización de los análisis se llevaron a cabo pruebas t-Student, con el fin de contrastar las diferencias existentes en ansiedad escolar en función del nivel de conducta agresiva en chicos y chicas. Para todos los análisis se empleó el paquete estadístico SPSS versión 20.

### Resultados

Los resultados mostraron que los chicos con baja conducta agresiva en sus cuatro manifestaciones, presentaban puntuaciones significativamente más bajas en ansiedad escolar que aquéllos con alta conducta agresiva, oscilando la magnitud de dichas diferencias entre un nivel bajo ( $d = 0,34$ ) y moderado ( $d = -0,57$ ) (véase Tabla 1).

**Tabla 1.** Relación entre Ansiedad Escolar de chicos y componentes de la agresión.

	Baja agresión verbal		Alta agresión verbal		Significación estadística		
	M	(DT)	M	(DT)			
	N = 129		N = 152		$t_{279}$	$p$	$d$
Escolar	73,85	(17,56)	79,40	(14,69)	-2,88	0,00	-0,35
	Baja agresión física		Alta agresión física				
	N = 67		N = 176		$t_{241}$	$p$	$d$
A. Escolar	73,43	(19,67)	78,84	(14,31)	-2,45	0,02	-0,34
	Baja ira		Alta ira				
	N = 127		N = 118		$t_{243}$	$p$	$d$
Escolar	72,01	(17,49)	81,18	(14,46)	-4,45	0,00	-0,57
	Baja hostilidad		Alta hostilidad				
	N = 116		N = 141		$t_{243}$	$p$	$d$
Escolar	72,95	(16,54)	80,97	(15,87)	-3,95	0,00	-0,51

En el caso de las chicas, los resultados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad escolar en función del grado de conducta agresiva en sus distintas manifestaciones (véase Tabla 2).

**Tabla 2.** Relación entre Ansiedad Escolar de chicas y componentes de la agresión.

	Baja agresión verbal		Alta agresión verbal				
	M	(DT)	M	(DT)			
	N = 120		N = 153		$t_{271}$	$p$	$d$
Escolar	79,06	(16,89)	79,07	(15,60)	-0,003	0,99	-
	Baja Agresión física		Alta Agresión física				
	N = 170		N = 90		$t_{258}$	$p$	$d$
A. Escolar	78,48	(15,96)	77,67	(17,15)	0,71	0,80	-
	Baja ira		Alta ira				
	N = 95		N = 143		$t_{236}$	$p$	$d$
Escolar	77,36	(17,39)	78,40	(15,21)	-0,48	0,62	-
	Baja hostilidad		Alta hostilidad				
	N = 128		N = 134		$t_{260}$	$p$	$d$
Escolar	79,49	(16,21)	77,64	(16,64)	0,90	0,36	-

### Discusión/conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre el grado de ansiedad escolar y los componentes cognitivo (hostilidad), afectivo/emocional (ira) y motor (agresión física y verbal) de la conducta agresiva en una muestra de adolescentes chilenos. Para analizar dichas diferencias se tuvo en cuenta la variable género.

Los resultados de este estudio indican que los chicos con altas puntuaciones en agresión verbal, agresión física, ira y hostilidad presentan puntuaciones significativamente mayores en ansiedad escolar que sus iguales con un nivel bajo de agresividad. Estos datos son coherentes con los resultados obtenidos en estudios previos en los cuales se investigaban tanto los niveles de ansiedad general (Konishi y Hymel, 2009) como los niveles de fobia escolar según el nivel de agresividad (Essau, Muris y Ederer, 2002). Una posible explicación es que los estudiantes con mayores niveles de ansiedad escolar empleen la conducta agresiva como una forma de enfrentarse a las situaciones estresantes del medio educativo. Aunque la baja magnitud de las diferencias, también nos indica que pueden existir otras variables que estén influyendo en el grado de ansiedad escolar manifestado.

En el caso de las chicas sucede lo contrario. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad escolar en función del grado de conducta agresiva en sus distintos componentes, contrasta con los resultados de las investigaciones previas (Essau, Muris y Ederer, 2002; Grant, Compas, Thurm, McMahon y Gipson, 2004). Es posible que existan otras variables más significativas a la hora de predecir el nivel de ansiedad escolar en las chicas.

No obstante, conviene que estos resultados sean valorados considerando algunas limitaciones que deberían ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones, como a) su diseño de corte transversal no permite establecer vínculos causales entre las dimensiones del comportamiento agresivo y la ansiedad escolar, por lo que se recomiendan posteriores estudios longitudinales, b) el uso de medidas de autoinforme es adecuado, pero se precisa del empleo de distintas técnicas de recogida de datos, como las estrategias de observación de la conducta agresiva física y verbal, así como la inclusión de distintas fuentes de información (padres y profesorado). Tales consideraciones darían una perspectiva más ajustada del comportamiento agresivo, evitándose los sesgos propios de la deseabilidad social.

A pesar de estas limitaciones, se considera que este estudio realiza una contribución importante al conocimiento de la relación existente entre la conducta agresiva y la ansiedad escolar manifestada por los adolescentes en Chile, teniendo en cuenta además, la división realizada según el género. Estos datos apoyan la idea del diseño y desarrollo de programas centrados en la enseñanza de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes que permitan disminuir no sólo los niveles de ansiedad escolar de los estudiantes, sino también el número de conductas agresivas.

### Referencias

- Andreu-Rodríguez, J. M., Peña, E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.
- Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of Hostility. En H. S. Friedman (Eds.), *Hostility, coping and health*. (pp. 13-31). Washington DC: American Psychological Association.



- Berkowitz, L. (2000). *Causes and consequences of feelings, studies in emotion and social interaction*. New York: Cambridge University Press.
- Buss, A. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, G. y Valenzuela, B. (2007) Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 151-159.
- Essau, C.A., Muris, P. y Ederer, E.M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German Children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.
- Fernández-Castillo, A. (2009) Ansiedad durante pruebas de evaluación académica: influencia de la cantidad de sueño y la agresividad. *Salud Mental*, 32, 479-486.
- García, M., Madriaza, P. (2006). Estudio cualitativo de los determinantes de la violencia escolar en Chile. *Estudios de Psicología*, 11, 247-256.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Marzo, J. C. y Estévez, E. (2011). Inventario de Ansiedad Escolar: validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Psicothema*, 23, 301-307.
- García-Fernández, J.M., Inglés, C.J., Martínez-Monteagudo, M.C. y Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y la adolescencia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 413-437.
- Gobierno de Chile, Ministerio del Interior y Ministerio de Educación (2006). *1º Estudio Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar. Informe Encuesta Alumnos*. Santiago: Autor.
- Grandis, A. (2009). *Evaluación de la Ansiedad Frente a los Exámenes Universitarios*. Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Córdoba, Argentina.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 412-425.
- Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. M., García-López, L. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 3, 449-446.
- Konishi, C. y Hymel, S. (2009). Bullying and Stress in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 29, 333-356.
- Larraguibel, M., Toledo, G. y Schiattino, I. (2008) Evaluación de validez de escala de ansiedad para niños y adolescentes en población chilena. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 45, 48-58.
- López, V. Morales, M. y Ayala, A. (2009). Maltrato entre pares: conductas de intimidación y victimización en escolares chilenos. *Revista de Psicología*, 27, 243-286.
- Marín, M. (2002). Aspectos psicosociales de la violencia en el contexto educativo. *Aula Abierta*, 79, 85-107.
- Parrot, D. J. y Giancola, P. R. (2007). Addressing "The criterion problem" in the assessment of aggressive behavior: development of a new taxonomic system. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 280-299.
- Pasten, L., Lobos, P. y Mosqueda, A. (2011). Comportamiento agresivo en varones de 10 a 12 años, pertenecientes a colegios de Valparaíso. *Ciencia y enfermería*, 7, 97-109.
- Ramírez, J.M. y Andreu, J.M. (2006). Aggression and some related psychological constructs (Anger, Hostility, and Impulsivity): comments from a research project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 276-291.
- Singh-Manoux, A. (2000). Culture and gender issues in adolescence: evidence from studies on emotion. *Psicothema*, 12, 93-100.



Vera-Villarroel, P., Olivares-Rodríguez, I., Kuhne, W., Alcázar, A., Santibañez, C. y López-Pina, I. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 795-806.



## EVALUACIÓN DEL SEXISMO AMBIVALENTE EN LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

Rosa Jiménez-García-Bóveda<sup>1\*</sup>, Asunción Luque-Budia\*, Patricia Delgado-Ríos\*,  
Matilde Rojo-Villalba\*\*, Miguel Ruiz-Veguilla\*, María José Aguado-Romeo\*,  
Dolores García-Sánchez\*, Juan Ignacio Paz-Rodríguez\*\*\* y  
Miguel Moya-Morales\*\*\*\*

\* *Hospital Universitario Virgen del Rocío (Servicio Andaluz de Salud), Sevilla, España*

\*\* *Programa de Salud Mental (Servicio Andaluz de Salud), Sevilla, España*

\*\*\* *Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía, España*

\*\*\*\* *Universidad de Granada, España*

**RESUMEN. Introducción:** Una línea de investigación clave en la actualidad en psicología es el estudio del constructo sexismo que aparece relacionado con factores de riesgo psicosocial y de salud en población femenina general. No se han encontrado estudios en población clínica ni en profesionales sanitarios. El objetivo de nuestra investigación se dirige al análisis del sexismo en profesionales de salud mental pública. **Método:** Estudio correlacional en una muestra piloto de un estudio más amplio. Se analiza la relación entre sexismo ambivalente en sus dos factores (sexismo hostil -SH- y sexismo benévolo -SB-) y diversas características sociodemográficas y laborales de las y los profesionales de salud mental pública de Andalucía, mediante la escala ASI (*Ambivalent Sexism Inventory*) y una hoja de datos sociodemográficos y laborales. **Resultados:** Los resultados mostraron puntuaciones en ambos tipos de sexismo bastante bajas, (inferiores a las encontradas en otros estudios), sin diferencias entre hombres y mujeres (aunque los hombres tendieron a puntuar más alto en ambos tipos). Las diferencias tampoco fueron significativas entre ambos tipos de sexismo dentro de cada sexo (aunque tanto en hombres como en mujeres las puntuaciones en SB fueron mayores que en SH). Concretamente, las mujeres obtuvieron una media de 0,79 en SB y 0,67 en SH; y las medias en los hombres fueron de 0,86 en SB y 0,81 en SH. Se halló una correlación positiva entre SH y SB, ( $r = 0,520$ ,  $p < 0,01$ ). **Conclusiones:** Este estudio piloto confirma la relación entre sexismo hostil y benévolo. Se apunta hacia mayor sexismo en hombres. Las y los profesionales son más benévolos que hostiles.

**Palabras clave:** sexismo ambivalente, sexismo benévolo, sexismo hostil, salud mental.

**ABSTRACT. Introduction:** A currently very important line of research in psychology is about Ambivalent Sexism (that has two sub-components: hostile sexism -SH- and benevolent sexism -SB-). This construct appears related to health and psychosocial risk factors in the general female population. However, there are no many studies conducted in clinical population and among mental health professionals. This research aims to investigate the relationship between the ambivalent sexism and some features of the network of professionals of mental health in Andalusia. **Method:** Using a correlational methodology, we examined the relationship between sexism and some socio-demographic and labor characteristics of professional working in public mental health services in Andalusia. **Results:** The results showed that scores in both types of sexism were quite low (less than those found in other studies), and did not appear differences between men and women in sexism (although men tended to score higher on both types of sexism). The differences between the two types of sexism within each sex were not significant (although men and women scored higher in BS

<sup>1</sup> **Correspondencia:** Psicología Clínica de USMC Oriente. (HUVROCIO). Centro de Salud "Puerta Este", C/ Cueva de la Pileta s/n. 41020, Sevilla (España). E-mail: rjboveda@gmail.com





than in HS). Specifically, women obtained a mean score of .79 in BS and 67 in HS; and scores of men were .86 in BS and 81 in HS. A positive correlation between HS and BS was also found ( $r = 0.520$ ,  $p < 0.01$ ). **Conclusions:** Results from the pilot study confirm the correlation between hostile and benevolent sexism and suggest higher levels of sexism in men than in women and that both genders are more benevolent than hostile (as other studies conducted in Spain and Europe have shown).

**Keywords:** ambivalent sexism, benevolent sexism, hostile sexism, mental health.

### Introducción

*El Sexismo* se ha definido como un conjunto de creencias tradicionales sobre los roles, características y conductas que se consideran apropiadas para mujeres y hombres y que tiene una influencia perniciosa sobre las mujeres. Esta ideología de género no es neutral y perpetua la subordinación de las mujeres a los hombres (Glick y Fiske, 1996, 2001; Glick et al., 2000; Moya, 2004).

Una de las líneas actuales en Psicología Social se dirige a investigar el concepto de *sexismo ambivalente* (Expósito, Herrera, Moya y Glick, 2010; Glick y Fiske, 1996, 2001; Glick et al., 2000). El estudio del constructo sexismo, apenas se ha estudiado en Psicología Clínica. Se trata de un constructo complejo en su extensión y configuración que incluye a su vez dos subtipos de sexismo, *sexismo hostil*, ideología de género manifiestamente discriminatoria, violenta contra las mujeres, con tres factores (*paternalismo dominador; diferenciación de género competitiva y hostilidad heterosexual*) y *sexismo benévolo*, ideología sutil de discriminación de género con los factores: *paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual* (Glick y Fiske, 1996; Moya, 2004).

La evidencia empírica pone de manifiesto que ambos sexismos están positivamente relacionados y son una potente combinación que promueve la subordinación de las mujeres a los hombres, con un sistema articulado de recompensas y castigos que les indica cual es el sitio que se ha decidido para ellas (Glick et al., 2000; Moya, 2004).

Hay más sexismo en hombres que en mujeres. Se constata que a mayor sexismo, benévolo o/y hostil, mayor desigualdad y violencia de género, mayor dominancia social masculina (Sibley, Wilson y Duckitt, 2007), menor acceso al poder en las mujeres, mayor tendencia a presionarlas y someterlas a papeles tradicionales reproductivos y de cuidados (esposa y madre), mayor probabilidad de que abandonen el logro profesional o soporten mayor discriminación laboral (Durán, Moya y Megías, 2011; Expósito, et al., 2010) y mayor control sobre su libertad (Moya, Glick, Expósito, De Lemus y Hart, 2007). Algunos hallazgos relacionan el sexismo percibido con variables de salud y pérdida de salud mental (Borrell et al., 2010; Durán et al., 2011; Moradi y Funderbuk, 2006).

En Psicología existen sesgos sexistas, tanto en los modelos teóricos como en la clínica y en la investigación (Davidson y Abramowitz, 2010; García-Dauder, 2005) lo que podría limitar la competencia sociocultural para detectar la desigualdad y la violencia de género en salud mental (Díaz-Lázaro, 2011; González-Aguado et al., 2013). Sin embargo, no se han encontrado estudios empíricos sobre creencias sexistas en profesionales de salud mental.





Con este estudio se pretende iniciar una línea de investigación en este tema, con una segunda fase que se centrará en la relación entre sexismo y medidas de sesgo diagnóstico, psicoterapéutico y farmacológico.

Con ello se pretende contribuir a mejorar la calidad asistencial, aumentar la competencia sociocultural de las y los profesionales, la equidad en la atención en salud mental, cumplir las normativas nacionales e internacionales sobre igualdad de género en salud y lograr niveles de formación actualizados y científicos, superando los sesgos androcéntricos obsoletos todavía presentes en el trabajo clínico, como instan organismos nacionales e internacionales desde hace décadas (Consejería de Salud, 2008; Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, 2010; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

## Método

### *Diseño*

Estudio descriptivo correlacional, que pretende conocer la posible existencia de sexismo en la red de profesionales de salud mental en el Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y su posible relación con variables demográficas y laborales.

### *Muestra*

2.726 profesionales del SSPA pertenecientes a cada una de las categorías existentes. Con un nivel estadístico del 5% y una potencia de contraste del 80% con un 3% de imprecisión máxima se obtiene una muestra representativa de 945 profesionales de la red asistencial de salud mental de Andalucía. En una primera fase, se realiza estudio piloto a 193 personas. El criterio de inclusión es ser personal de las distintas categorías profesionales de Salud Mental. El criterio de exclusión es el rechazo voluntario a participar.

### *Instrumentos*

Escala de Sexismo Ambivalente (Ambivalent Sexism Inventory, ASI) de Glick y Fiske (1996; adaptada por Expósito, Moya y Glick, 1998). Consta de 22 ítems con 5 respuestas posibles (escala Likert desde 0 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). Mide dos tipos de sexismo: hostil y benévolo. Fiabilidad total: 0,90 y 0,88; correlación entre SH y SB, 0,66 y validez convergente, discriminante y predictiva adecuadas.

Hoja de datos sociodemográficos/ laborales. Datos relativos a sexo, edad, centro laboral, categoría profesional, modelo teórico de trabajo, años de experiencia, tipo de contrato, y formación en perspectiva de género.

La variable dependiente es *Sexismo Ambivalente* (Hostil-Benévolo), determinada por los valores obtenidos en puntuación global (sexismo ambivalente) y en dos factores (sexismo hostil-benévolo) de la escala ASI.

Las variables independientes son: *Sexo*, *Edad*, *Unidad de Gestión Clínica de pertenencia*; *Tipo de dispositivo de salud mental*, *Categoría profesional*, *Modelo Teórico con el que trabaja* (sólo FEA de psicología clínica y psiquiatría: psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico, humanista, perspectiva de género, ecléctico, biológico); *años trabajados en salud mental*, *Tipo de contrato* y *Formación en perspectiva de género*.



### *Procedimiento*

Tras la selección de la muestra se realiza un primer envío de los instrumentos a cada sujeto por correo postal junto con una carta que incluye objetivo del estudio, solicitud de colaboración, garantía de confidencialidad y anonimato, y sobre franqueado para facilitar la remisión del material.

Se considera tiempo máximo para el reenvío de los instrumentos cumplimentados, 30 días. A los 60 días del plazo límite para la devolución, se realiza un segundo envío a los sujetos que no lo han remitido. Se llevó a cabo un estudio piloto con 193 sujetos para controlar posibles errores metodológicos. Se exponen los resultados de esta muestra.

### *Análisis de datos*

Para la descripción de todas las variables se utiliza la estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables cualitativas). Las variables cuantitativas se expresan como media aritmética  $\pm$  desviación estándar (en distribuciones normales). Se utiliza asimismo la ANOVA inter-grupos para la comparación del sexismo por sexos, así como la correlación de Pearson para el cálculo de la correlación entre los componentes de sexismo ambivalente (SB y SH).

## **Resultados**

La muestra piloto estuvo compuesta por 193 sujetos, con una tasa de respuesta de 30,5. El 59,3% eran mujeres y el 40,7% hombres y los dispositivos desde los que se obtuvo una mayor respuesta fueron las unidades de salud mental comunitarias (33% de respuesta). La mayor parte de los cuestionarios recibidos, pertenecían a las categorías profesionales de terapia ocupacional (23,8%), seguida de trabajo social (19%) y psiquiatría (17%). Entre el personal facultativo, las mujeres representan un 66%. El modelo teórico de trabajo más frecuentemente referido era el modelo ecléctico (21%), seguido de los modelos psicodinámico y cognitivo-conductual con igual porcentaje (16%). El 69,6% de los participantes que aportaron ese dato llevaban menos de 15 años en activo, siendo personal titular el 62,7%.

Los resultados (Tabla 1) mostraron puntuaciones en ambos tipos de sexismo bastante bajas, (inferiores a las encontradas en otros estudios), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (aunque los hombres tendieron a puntuar más alto en ambos tipos).

Dentro de cada sexo, las diferencias entre ambos tipos de sexismo tampoco resultaron significativas, aunque tanto en hombres como en mujeres las puntuaciones en SB fueron mayores que en SH.

**Tabla 1.** Medias y desviaciones típicas en sexismo en función del sexo.

	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
Sexismo hostil	Hombre	24	0,81	0,81
	Mujer	34	0,67	0,50
Sexismo benévolo	Hombre	24	0,86	0,84
	Mujer	35	0,78	0,01

Para conocer si existía diferencias entre hombres y mujeres en cada factor de sexismo (SH y SB), utilizamos el ANOVA no hallando diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 2).



**Tabla 2.** ANOVA Inter-grupos por sexo.

	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
SB Inter-grupos	0,094	0,761
SH Inter-grupos	0,660	0,420

Nota. SB = Sexismo benévolo; SH = Sexismo hostil.

Igualmente se obtuvo una correlación positiva entre SH y SB, aplicando la prueba estadística de la correlación de Pearson (Tabla 3).

**Tabla 3.** Correlación entre las variables sexismo hostil y sexismo benévolo.

		<i>Sexismo Hostil</i>	<i>Sexismo Benévolo</i>
Sexismo Hostil	Correlación Pearson	1	
Sexismo benévolo	Correlación Pearson	0,520*	1

$p < 0,01^*$

### Conclusiones

Se constata, como en estudios anteriores, una correlación significativa entre sexismo hostil y sexismo benévolo. Los datos reflejan bajos niveles de sexismo en esta muestra de profesionales de salud mental de Andalucía, sin diferencias entre mujeres y hombres, aunque sí se observa un mayor sexismo en éstos últimos. Por otra parte, este pequeño grupo de profesionales de salud mental tienden a ser más sexistas benévolos que hostiles.

Como limitación del estudio se señala que se trata de un estudio piloto y que, además, la tasa de respuesta fue baja. Actualmente el estudio sobre la muestra total (945 profesionales) está en fase de aplicación.

### Referencias

- Borrell, C., Artazcoz, L., Gil-Gonzalez, D., Perez, G., Rohlf, I. y Perez, K. (2010). Perceived sexism as a health determinant in Spain. *Journal of Women's Health, 19*, 741-750.
- Consejería de Salud (2010). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA 2008-2012). Estrategia 3: Salud Mental y Género*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2010). *1º Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía, 2010-2013*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Davidson, C. V. y Abramowitz, S. J. (2010). Sex Bias in Clinical Judgement: Later Empirical Returns. *Psychology of Women Quarterly, 34*, 377-395.
- Díaz-Lázaro, CM., (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos: el primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo, 32*, 274-281.
- Durán, M., Moya, M., y Megías, J. L. (2011). It's his right, it's her duty: Benevolent sexism and the justification of traditional sexual roles. *Journal of Sex Research, 48*, 470-478.
- Expósito, F., Herrera, M., Moya, M. y Glick, P. (2010). Don't Rock the Boat: Women's Benevolent Sexism Predicts Fears of Marital Violence. *Psychology of Women Quarterly, 34*, 20-26.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social, 13*, 159-169.
- García Dauder, S. (2005). *Psicología y Feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en Psicología*. Madrid, España: Editorial Nancea.



- Glick, P. y Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Glick, P. y Fiske, S.T. (2001). An Ambivalent Alliance: Hostile and Benevolent Sexism as Complementary Justifications for Gender Inequality. *American Psychologist*, 56, 109-118.
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Sáiz, J., Abrams, D., Masser, B. et al. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 763-775.
- González-Aguado F., González-Cases J., López M., Olivares, D., Polo C. y Rullas M. (2013). *Norte de Salud Mental*, XI, 23-32
- Moradi, B. y Funderbuk, J. (2006). Roles of perceived sexist events and perceived social support in the mental health of women seeking counselling. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 464-473.
- Moya, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch (Coords.), *Psicología y Género* (pp.272-294). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Moya M., Glick, P., Expósito, F., De Lemus, S. y Hart, J. (2007). It's for your good: benevolent sexism and women's reactions to protectively justified restrictions. *Personal and Social Psychology Bulletin*, 23, 1421-1434.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Sibley, C.G., Wilson, M.S. y Duckitt, J. (2007). Antecedents of Men's Hostile and Benevolent Sexism: The Dual Roles of Social Dominance Orientation and Right-Wing Authoritarianism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 160-172.