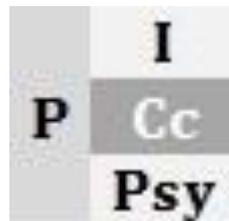


*Proceedings of 8th International and  
13th National Congress of Clinical  
Psychology  
(19-22 November, 2015. Granada-  
Spain)*

Colección:

**Proceedings of International Congress of  
Clinical Psychology**



**Directores:**

Buela-Casal, Gualberto

Sierra, Juan Carlos

Ramiro-Sánchez, Tamara

*Proceedings of 8th International and 13th National Congress of Clinical Psychology  
(19-22 November, 2015. Granada-Spain)*

© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

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

Idiomas de publicación: Castellano e inglés.

Edita: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

CIF: G-23220056

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

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

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

Printed in Granada, Spain.

ISBN: 978-84-697-2783-6

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en el *Proceedings of 8th International and 13th National Congress of Clinical Psychology (19-22 November, 2015. Granada-Spain)*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

---

<b>ARTÍCULOS/ARTICLES</b>	<b>Págs.</b>
<b>SALUD MENTAL, PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y BURNOUT EN TRABAJADORES DE SEGURIDAD CIUDADANA</b> M <sup>a</sup> Inmaculada López-Núñez y Susana Rubio Valdehita	1-8
<b>NIVELES DE HOSTILIDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA: MEJORÍA ASOCIADA A SU PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA MULTIDISCIPLINAR</b> Laura Portabales-Barreiro, Águeda Binué-Morales, Rocío Portero-García, María Concepción Escolar-Gutiérrez, Carmen Carcedo-Robles y Carmen de Pablo-Zarzosa	9-15
<b>PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO</b> María Longares, M <sup>a</sup> Ángeles Beleña y M <sup>a</sup> José Báguena	16-22
<b>VÍNCULOS DE APEGO E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA</b> Inmaculada Montoya-Castilla, Laura Lacomba Trejo, Ana Ordóñez López y Remedios González Barrón	23-29
<b>EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COMBINADA EN LA MEJORA DEL CLIMA FAMILIAR DE NIÑOS CON TDAH</b> Laura Amado, Sonia Jarque y M <sup>a</sup> Jesús Caurcel	30-38
<b>PERSONALIDAD, POSITIVIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO</b> Beatriz Vallejo-Sánchez y Ana M. Pérez-García	39-46
<b>VIOLENCIA DE USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT</b> Bartolomé Llor-Esteban, Cecilia López-García, José Antonio Ruiz-Hernández y Raquel Sánchez-García	47-52
<b>EVALUACIÓN DE RESILIENCIA: UNA PROPUESTA DE MEDIDA SEGMENTADA EN GRUPOS DE EDAD</b> Mariola Fernández-Sánchez y Esther Lopez-Zafra	53-60
<b>RELACIÓN ENTRE EL CONTEXTO SOCIOEDUCATIVO DEL HOGAR Y LOS ÍNDICES DEL WISC-IV</b> Alejandra Taborda1 y Agustina Labín	61-66
<b>ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b> Ana Aparicio-Minguez, Teresa Ayuso-Blanco, David Granados- Rodríguez, Carmen Martín-Contero, María Victoria Perea-Bartolomé, María Otano Martínez, Francisco Lacruz Bescos y Gerardo Soriano Hernández	67-73

---

## **SALUD MENTAL, PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y BURNOUT EN TRABAJADORES DE SEGURIDAD CIUDADANA**

**M<sup>a</sup> Inmaculada López-Núñez<sup>1\*</sup> y Susana Rubio Valdehita<sup>\*\*</sup>**

*\*Departamento de Psicología Diferencial y del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid; \*\*Universidad Complutense de Madrid, España*

**RESUMEN.** Antecedentes: La literatura consultada muestra que las profesiones relacionadas con el ámbito de la seguridad ocurren bajo condiciones de estrés agudo y que dicha exposición ha mostrado tener importante impacto en la salud. La bibliografía también indica que un efecto de esta exposición es el burnout y que el apoyo social percibido puede actuar amortiguando las respuestas de estrés. Método: El objetivo de este estudio es evaluar en una muestra de 228 trabajadores de sector de la seguridad de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, la relación existente entre la salud percibida, los factores de riesgos psicosocial y el Burnout. Resultados: Los datos muestran una relación directa ente baja salud percibida y condiciones de trabajo adversas y burnout. La ausencia de control y autonomía en el puesto de trabajo fue identificado como el factor psicosocial más adverso (más del 68% de la muestra lo percibe de forma negativa). La dimensión de salud que resultó más directamente relacionada con las condiciones de trabajo adversas fue ansiedad/ insomnio y la más directamente relacionada con las dimensiones cansancio emocional y despersonalización. Conclusiones: Los resultados encontrados indican la existencia de importantes riesgos psicosociales que afectan no solo a la salud percibida, sino que también tienen un importante impacto en cuanto a disfunción social, lo que llevaría a la necesidad de implantar programas de prevención e intervención a nivel organizacional para reducir estos índices y mejorar su seguridad y salud en el trabajo.

*Palabras clave:* Salud percibida, Riesgo Psicosocial, Policías Locales, DECORE, Burnout

**ABSTRACT.** Background: Bibliography shows that the professions related to the field of security occur under conditions of high stress and that such exposure has been shown to have significant impact on health. The literature also indicates that a purpose of this exhibition is the burnout and perceived social support and cushioning can act to prevent stress responses. Method: The objective of this study is to evaluate in a sample of 228 workers from the safety of Castilla-La Mancha, the relationship between perceived health, psychosocial risk factors and Burnout. Results: The data show a direct relationship being lower perceived health and adverse working conditions and burnout. Lack of control and autonomy in the workplace was identified as the most adverse psychosocial factor (more than 68% of the sample

<sup>1</sup>Correspondencia: M<sup>a</sup> Inmaculada López-Núñez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid), España. E- mail: maria04@ucm.es

perceived negatively). The health dimension was more directly related to adverse working conditions was anxiety / insomnia and more directly related to emotional exhaustion and depersonalization dimensions. Conclusions: The results indicate the existence of significant psychosocial risks that affect not only perceived health but also have an important impact in terms of social dysfunction, leading to the need to implement prevention and intervention programs at the organizational level reduce these rates and improve health and safety at work.

*Keywords:* Perceived health, Psychosocial risk, Local police, DECORE, Burnout

### **Introducción**

El estrés laboral se define como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales a ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización y/o el entorno del trabajo (factores psicosociales). El estrés laboral se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia y puede ser precursor de diversas enfermedades así como dar lugar a problemas laborales (Delgado, 2009).

La relación entre estrés laboral, factores psicosociales y problemas de salud ha quedado demostrada en numerosos estudios (Martín, Luceño, Jaén y Rubio, 2007). Según el modelo Demanda-Control (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990), los principales factores psicosociales generadores de estrés se pueden clasificar en tres características básicas del trabajo: (1) las demandas psicológicas del trabajo, (2) el control que se tiene del mismo y (3) el apoyo social. El modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1998), se centra en el desajuste entre el esfuerzo que el trabajador realiza y las recompensas que recibe. La teoría de las demandas y los recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013) explica como las demandas y recursos laborales tienen efectos directos e indirectos sobre el estrés laboral y la motivación, y se ha utilizado para explicar el burnout además de otros aspectos relacionados con el bienestar de los trabajadores y el rendimiento laboral.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que el trabajo de los profesionales dedicados a la seguridad puede ser considerado estresante (Hickman, Fricas, Strom y Pope, 2011; Webster, 2013). Una de las consecuencias de la exposición a estrés agudo, y sobre la que existe gran evidencia es este colectivo, es la aparición de Burnout (Martinussen, Richardsen y Burke, 2007).

Wu (2009) señala que es una ocupación altamente demandante por la exposición emocional y bajo control de funciones y tareas, a lo que se unen factores de la organización y de gestión. Con respecto a los estresores organizacionales, existe evidencia que dichos estresores y los derivados de la relación con los superiores determinan en mayor medida los síntomas de estrés y bienestar que los relacionados con la tarea. Así mismo, la presión de los superiores y la falta de apoyo social está más relacionada con problemas de salud y síntomas somáticos (Van der Velden, Grievink y Yzermans, 2010).

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es evaluar la relación existente entre la salud percibida, los factores de riesgo psicosocial y burnout, y qué variables de salud se encuentran más relacionadas con condiciones de trabajo adversas y desgaste profesional.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 228 profesionales dedicados a labores de protección y seguridad de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. De ellos 87 eran policías locales y 141 personal de protección civil. La media de edad fue de 38,19 años (DT = 9,97). El 71,5% eran varones (n = 163) y el 26,8% restante fueron mujeres (n = 61). El 59,6% (n = 136) tenía cargas familiares (entre 1 y 3 hijos). La media de los años de servicio era de 11,9 años (DT = 9), variando entre 1 año y 38 años.

### *Materiales/Instrumentos*

Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, *GHQ-28*), el Cuestionario Multidimensional DECORE y el Maslach Burnout Inventory (MBI).

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, *GHQ-28*), en su adaptación al español (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), está formado por 28 ítems agrupados en 4 escalas formadas por 7 ítems cada una. Estas escalas miden síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), donde una puntuación más alta es indicador de más síntomas de enfermedad. Múltiples estudios han demostrado la elevada fiabilidad del *GHQ-28* ( $\alpha = .94$ ) así como una estructura factorial ajustada a los cuatro factores propuestos (Vallejo, Rivera, Esteva-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2014).

El Cuestionario Multidimensional DECORE (Luceño y Martín, 2008), consta de 44 ítems y evalúa la percepción que tienen los trabajadores en relación a cuatro riesgos psicosociales: Demandas Laborales, Control, Recompensas y Apoyo Organizacional. Proporciona una puntuación independiente para cada una de las escalas que lo componen. Tiene buenas características psicométricas en términos de fiabilidad ( $\alpha > .85$ ) y validez, que han sido demostradas mediante técnicas de análisis exploratorio y confirmatorio (Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2010).

El Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

### *Procedimiento*

El equipo investigador contactó con la Escuela de Protección Ciudadana para solicitar su participación en el estudio. Nos reunimos con la directora de la escuela y los coordinadores para explicar en qué consistía la recogida de datos, el tiempo de duración y resolver dudas. Los participantes fueron informados, por parte de los coordinadores del curso, del estudio que se iba a llevar a cabo y se garantizó la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos.

### *Diseño*

En esta investigación se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo transversal correlacional.

## Resultados

Todos los análisis de datos fueron realizados con el SPSS 22 para Windows. En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas y posteriormente se calcularon los índices de correlación de Pearson entre las dimensiones de salud, los riesgos psicosociales y dimensiones de Burnout, y un análisis de varianza por cada uno de los riesgos psicosociales con las dimensiones de salud y burnout.

### *Análisis descriptivo*

Los resultados del DECORE para la muestra evaluada, muestran un nivel de riesgo alto en Control (68%), Recompensas (52%) y Apoyo (49,5%), mientras que Demandas Cognitivas muestran un nivel de riesgo saludable (72,8%) (Ver tabla 1)

Tabla 1

### *Porcentajes de exposición al riesgo psicosocial*

	Excelente	Saludable	Alerta Negativa
Demandas Cognitivas	7,8%	72,8%	19,4%
Control	11,10%	20,40%	68,3%
Apoyo	19,80%	30,70%	49,5%
Recompensas	18,30%	29,20%	52,5%

### *Análisis de la relación entre riesgo psicosocial, salud y burnout*

La Tabla 2 muestra los coeficientes de correlación de Pearson entre los riesgos psicosociales, dimensiones de salud y dimensiones de burnout, así como su significación estadística.

Se muestra una relación directa entre baja salud y condiciones de trabajo adversas, baja salud y burnout y condiciones de trabajo adversas y burnout. Algunas de estas relaciones resultaron estadísticamente significativas. Las dimensiones de Control y Apoyo muestran mayores diferencias significativas con las variables de burnout y salud percibida. A medida que aumentan los riesgos psicosociales aumentan los síntomas de enfermedad y burnout

### *Análisis de Varianza por cada dimensión de riesgo psicosocial*

La Tabla 3 muestra los análisis de varianza por cada nivel de riesgo psicosocial con los síntomas somáticos y burnout.

En cuanto a la dimensión de demandas cognitivas, se encuentran diferencias significativas en las tres variables de burnout pero no en las dimensiones de salud. En cuanto a la dimensión Control, aparecen diferencias significativas en cansancio emocional y despersonalización. Se encuentran diferencias significativas en todas las variables de salud excepto en depresión. La dimensión Apoyo Social muestra diferencias significativas en todas las variables de burnout y en síntomas somáticos y ansiedad/insomnio. En la dimensión recompensas no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables consideradas.

Tabla 2

*Coefficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones de salud, los riesgos psicosociales y dimensiones de Burnout*

	DECORE demandas cognitivas	DECORE apoyo organizacional	DECORE control	DECORE recompensas	Cansancio Emocional	Despersonalizac	Realización Personal
Síntomas somáticos	-,010	,057	,096	,021	,359(**)	,168(*)	-,191(**)
Ansiedad insomnio	,057	,225(**)	,201(**)	,035	,456(**)	,327(**)	-,196(**)
Disfunción social	,072	,117	,215(**)	-,011	,243(**)	,260(**)	-,262(**)
Depresión	,070	,176(*)	,075	-,172(*)	,315(**)	,284(**)	-,277(**)
GHQ TOTAL	-,006	,220(**)	,208(**)	-,033	,465(**)	,366(**)	-,307(**)
DECORE demandas cognitivas	1	-,161(*)	,097	,027	,197(**)	,190(**)	,277(**)
DECORE apoyo organizacional	-,161(*)	1	,410(**)	,094	,350(**)	,276(**)	-,318(**)
DECORE control	,097	,410(**)	1	,246(**)	,249(**)	,259(**)	-,147(*)
DECORE recompensas	,027	,094	,246(**)	1	,026	-,095	,029

(\*) p<0,05; (\*\*); p<0,01

Tabla 3

*ANOVA por dimensiones de riesgos psicosocial, salud percibida y burnout*

	Cansancio Emocional		Despersonalización		Realización personal		Síntomas somáticos		Ansiedad Insomnio		Disfunción Social		Depresión		GHQ Total	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Demandas Cognitivas	<b>9,333</b>	<b>,000</b>	<b>8,826</b>	<b>,000</b>	<b>3,278</b>	<b>,040</b>	,309	,734	,952	,388	1,452	,237	,560	,572	,539	,585
Control	<b>4,059</b>	<b>,008</b>	<b>3,742</b>	<b>,012</b>	2,344	,074	<b>3,163</b>	<b>,026</b>	<b>3,368</b>	<b>,020</b>	<b>3,958</b>	<b>,009</b>	,733	,533	<b>3,076</b>	<b>,533</b>
Apoyo Social	<b>12,220</b>	<b>,000</b>	<b>7,213</b>	<b>,000</b>	<b>9,041</b>	<b>,000</b>	<b>2,959</b>	<b>,034</b>	<b>4,051</b>	<b>,008</b>	1,155	,328	1,857	,138	<b>3,313</b>	<b>,022</b>
Recompensa	1,874	,135	,691	,559	1,208	,308	,421	,738	1,153	,329	,534	,660	1,551	,203	,725	,538

### Discusión/Conclusiones

Los resultados indican que la exposición a determinados factores psicosociales adversos (control y falta de apoyo organizacional) está relacionada con baja autopercepción de la salud, lo que coincide con los resultados encontrados por otros autores que señalan que los factores de tipo organizacional tienen un impacto mayor en la salud y el estrés del colectivo policial que los inherentes al puesto de trabajo (Márquez, García y Velázquez, 2008; Pikhart et al., 2001). A diferencia de estudios anteriores (López, 2009, López y Rubio, 2014), no se ha encontrado que las demandas cognitivas sea el factor psicosocial más relacionado con baja salud percibida, aunque sí aparecen diferencias significativas en cuanto al Burnout. La muestra estudiada no alcanza parámetros clínicos de Burnout, lo que coincide con otros estudios previos (Kop, Euwema y Schaufeli, 1999; Martinussen et al., 2007).

Los resultados indican que los factores psicosociales de Control y Apoyo social son los más relacionados con salud y Burnout, siendo el control el que mejor explica la presencia de síntomas somáticos, ansiedad/insomnio y disfunción social y el apoyo social el que explica de manera más elevada el Burnout. Este resultado concuerda con lo encontrado por otros autores (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Martinussen et al., 2007). La dimensión de cansancio emocional es la que muestra correlaciones más altas con todas las dimensiones de salud, excepto disfunción social, y percepción de salud total, estos resultados están en línea con lo encontrado en la literatura (Schaufeli y Bakker, 2004).

En cuanto a perspectivas futuras y limitaciones del trabajo, pensamos que es conveniente continuar con muestras más amplias de dichos colectivos y ver qué diferencias existen entre ellos. Si bien existe una idea extendida en la literatura de considerar la profesión de policía como altamente estresante, también es cierto que otros estudios no encontraron evidencia empírica de esa afirmación (Deschamps, Pagaron, Marchand y Merle, 2003). Igualmente ocurre con el Burnout, varios autores han indicado que los niveles de Burnout no son más altos que en otros colectivos, y que quizá se deba a factores de personalidad y estrategias de afrontamiento propios de las personas que eligen esta profesión. Además, sería también interesante estudiar otros aspectos de naturaleza organizacional y relacionados con recursos individuales que ayuden a conocer mejor los factores protectores de salud.

### Referencias

- Bakker, A. y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 107-115.
- Delgado, J. D. (2009). Evaluación de riesgos psicosociales de la policía local en la costa occidental de la provincia de Huelva. *28 de abril: Revista Digital de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 2, 1-18.
- Deschamps, F., Pagaron, I., Marchand, A. y Merle, C. (2003). Source and Assessment of occupational stress in the police. *Journal of Occupational Health*, 45, 358-364.
- Hickman, M. J., Fricas, J., Strom, K. J. y Pope, W. (2011). Mapping Police Stress. *Police Quarterly*, 14(3), 227-250.
- Johnson, J. V. y Johansson, G. (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work organization, Democratization and Health*. Amityville, New York: Baywood.
- Karasek, Jr., R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.

- Karasek, R. A., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Book.
- Kop, N., Euwema, M., y Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress, and violent behaviour among Dutch police officers. *Work and Stress*, 13, 326–340.
- 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(1), 135-140.
- López, M. I. (2009). *Generalización al ámbito laboral de dos instrumentos de medida subjetiva de la carga mental* (Tesis doctoral). Madrid: Editorial Complutense.
- López, M. I. y Rubio, S. (2014). Relación ente salud percibida y riesgo psicosocial en una muestra de policías locales. En *Avances en Psicología Clínica, 2014* (en prensa).
- Luceño, L. y Martín, J. (2008). *DECORE, Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S. y Díaz, E. (2010). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario DECORE. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 237-248.
- Márquez, R., García, L. A., y Velázquez, A. (2008). Ránking de Estresores en la Policía Local de Canarias. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 73-79.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M. y Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Martinussen, M., Richardsen, A., y Burke, R. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of criminal justice*, 35, 239-249.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Khyshhegye, J., ...Marmot, M. (2001). Psychosocial work characteristics and self-rated health in four postcommunist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 624-630.
- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Psychology*, 25, 293–315.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance al work: theory, empirical support and implications for prevention. En C. L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Van der Velden, P., Grievink, L. y Yzermans, J. (2010). Confrontations with aggression and mental health problems in police officers: the role of organizational stressors, life-events and previous mental health problems. *Psychological trauma: Theory, Research, and Policy*, 2(2), 135-144.
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. y Rodríguez-Muñoz M. (2014). El cuestionario de salud general (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: características psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), 105-110.
- Webster, J. (2013). Police officer perceptions of occupational stress: the state of the art. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 36(3), 636-652.

Wu, C. H. (2009). Role conflicts, emotional exhaustion and health problems: a study of police officers in Taiwan. *Stress and Health*, 25(3), 259-265.

## **NIVELES DE HOSTILIDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA: MEJORÍA ASOCIADA A SU PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA MULTIDISCIPLINAR**

**Laura Portabales-Barreiro<sup>1\*</sup>, Águeda Binué-Morales<sup>\*\*</sup>, Rocío Portero-García<sup>\*\*</sup>,  
María Concepción Escolar-Gutiérrez<sup>\*\*</sup>, Carmen Carcedo-Robles<sup>\*</sup> y Carmen de  
Pablo-Zarzosa<sup>\*\*\*</sup>**

*\*Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; \*\*Psicóloga  
Residente, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; \*\*\*Médico Cardiólogo,  
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

**RESUMEN. Introducción.** La Hostilidad constituye un factor de riesgo contundentemente asociado a la patología coronaria, por la elevada y constante reactividad cardiovascular que caracteriza a las personas hostiles así como por su relación con otros factores psicosociales y hábitos poco saludables. **Objetivos.** Valorar el nivel de hostilidad en pacientes con patología coronaria previos a su participación en un Programa Multidisciplinar de Rehabilitación Cardíaca (PMRC), así como la posible existencia de cambios en dicha variable (y sus componentes) tras su participación en el mismo. **Método.** Se analizaron los datos obtenidos al inicio y finalización del PMRC para una muestra de 191 pacientes seleccionados por admisión consecutiva, de edad media de  $59,12 \pm 11,18$  años y conformada por un 84,3% de varones, comparándose ambos grupos de puntuaciones mediante la prueba t de student para muestras relacionadas. Para la medida de dicha variable se utilizó el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), prueba autoadministrada de 75 ítems en 8 escalas: Violencia, Hostilidad Indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Suspiciousidad/Recelos, Hostilidad Verbal y Culpabilidad. **Resultados.** Tras la participación en el PMRC se encuentra una disminución estadísticamente significativa en la puntuación global de hostilidad ( $p < 0.001$ ), así como para algunos componentes específicos: hostilidad indirecta ( $p = 0.001$ ), irritabilidad ( $p < 0.001$ ), resentimiento ( $p = 0.001$ ), recelo-suspiciousidad ( $p = 0.045$ ) y culpabilidad ( $p < 0.001$ ), frente a las escalas violencia, negativismo y hostilidad verbal para las que no se encuentran diferencias significativas. **Conclusiones.** Los pacientes con cardiopatía manifiestan importantes niveles de hostilidad (siendo la hostilidad verbal e indirecta los componentes más elevados), que influiría notablemente en el origen, curso y pronóstico de su enfermedad. La participación en un PMRC resultaría eficaz para lograr una reducción significativa del nivel global de hostilidad, siendo la irritabilidad, hostilidad indirecta y descarga de afecto negativo hacia el entorno y sí mismos, los componentes que más se beneficiarían de la intervención.

*Palabras clave:* Programa de Rehabilitación Cardíaca Multidisciplinar, Factor de Riesgo, Factor de Riesgo Psicosocial, Hostilidad.

<sup>1</sup>Correspondencia: Laura Portabales-Barreiro. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Calle Arroyo, 24. Código Postal: 28029. Madrid. E-mail: Lauraps26@hotmail.com

**ABSTRACT. Introduction.** Hostility is a risk factor strongly associated with coronary disease, the constant high cardiovascular reactivity that characterizes the hostile people and their relationship with other psychosocial factors and unhealthy habits. **Goals.** Assess the level of hostility in patients prior to their participation in a Multidisciplinary Cardiac Rehabilitation Program (PMRC) coronary disease, and the possible existence of changes in this variable (and its components) following their participation in it. **Method.** The data obtained at the beginning and end of PMRC for a sample of 191 consecutive patients selected for admission, average age of  $59.12 \pm 11.18$  years and made up 84.3% of males were analyzed and compared both groups Rating using the Student t test for related samples. Hostility Inventory Buss-Durkee (BDHI), self-administered test of 75 items in 8 scales are used to measure this variable: Violence, Indirect hostility, irritability, negativism, resentment, suspicion / suspicions, verbal hostility and Guilt. **Results.** After participating in the PMRC is a statistically significant decrease in the overall score of hostility ( $p < 0.001$ ) as well as for some specific components: indirect hostility ( $p = 0.001$ ), irritability ( $p < 0.001$ ), resentment ( $p = 0.001$ ), suspicion-suspicion ( $p = 0.045$ ) and guilt ( $p < 0.001$ ) compared to the scales violence, verbal hostility and negativity for which no significant differences were found.

**Conclusions.** Patients with heart disease manifest significant levels of hostility (verbal hostility being the highest and indirect components), will impact significantly on the origin, course and prognosis of the disease. Participation in a PMRC be effective to achieve a significant reduction in the overall level of hostility, with irritability, hostility, and indirect discharge negative affect toward the environment and themselves, the components that would most benefit from the intervention.

*Keywords:* Multidisciplinary Cardiac Rehabilitation Program, Risk Factor, psychosocial risk factor, Hostility.

### Introducción

Aunque con diferencias por la edad, el sexo, el área geográfica o el estatus socioeconómico, las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa no sólo de mortalidad, sino también de morbilidad en todo el mundo.

Así, se estima que, en los países desarrollados, un 60% de las muertes estarían debidas a esta causa (Wielgosz y Nolan, 2000).

Según la OMS en 2003 se registraron en el mundo 4,35 millones de casos y 1,9 millones de muertes (American Heart Association, 2010), por enfermedad cardiovascular, siendo la principal causa de muerte en la Unión Europea con más de 2 millones de personas por año.

También en nuestro país los datos de mortalidad publicados por el Instituto Nacional de Estadística (Sociedad Española de Cardiología, 2009), confirman que las ECV continúan siendo la primera causa de muerte y hospitalización, con unas tasas brutas de mortalidad de 276,6 por 100.000 habitantes (frente a 858,8 de mortalidad por cualquier otra causa).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Rehabilitación Cardíaca (R.C.) como “El un conjunto de actividades necesarias, para asegurar al cardiópata una condición física, mental y social óptima, para que por sus propios medios logre ocupar

nuevamente un lugar, tan reconocido como le sea posible, en la comunidad y le conduzca una vida activa y productiva”.

De la definición anterior podemos extraer que los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) constituyen *sistemas terapéuticos de actuación multifactorial*, que buscan la mejora en la calidad de vida y funcionalidad del paciente, es decir, el restablecimiento de su equilibrio físico y psicológico, que favorezca una reincorporación lo más completa y normalizada posible a su vida social, familiar y laboral.

En origen este sería el objetivo principal de dichas intervenciones, hoy en día sin embargo, este objetivo resulta incompleto y, además de intentar devolver al individuo a su estado óptimo (a nivel físico y psicosocial), se enfatiza la prevención primaria y secundaria y se intenta además conseguir un decremento en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes (Pinson, 2001).

El estudio de Framingham en 1948 (Kannel, 1988), ha resultado decisivo en este hecho. Tras la observación del importante incremento que las enfermedades cardiovasculares (y muertes por este motivo) estaba experimentando desde principios de siglo, se inicia este estudio con objeto de identificar aquellos factores o causas podrían explicar este hecho.

Este estudio ha resultado de vital importancia para incrementar el entendimiento sobre enfermedades del corazón, los datos arrojados no dejaban lugar a dudas: se señala la notable influencia de los denominados factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el origen, curso y pronóstico de la enfermedad. Entre otros se señalaba la importancia de los niveles de presión arterial, colesterol y triglicéridos, hábito tabáquico, obesidad, diabetes, sedentarismo, edad, sexo y determinadas condiciones psicológicas.

Desde este momento el adecuado control y manejo de los Factores de Riesgo Cardiovascular (entre los que se incluyen los factores de riesgo psicosocial como la hostilidad, tema que nos ocupa) se convierte en otro de los pilares de la Rehabilitación Cardíaca a nivel preventivo, favoreciendo una reducción de la morbimortalidad (reinfarto, angina, IC etc..) en estos pacientes.

La relevancia de los factores de riesgo psicosociales radica en su doble vía de actuación: tanto directa, a través de los correlatos fisiológicos que a nivel cardiovascular y neuroendocrino originan, como indirecta, ya que al tratarse de estados emocionales negativos favorecen un estilo de vida y hábitos poco saludables (escaso sueño, descuido de la alimentación y ejercicio, desprecio del descanso....)

Podría por tanto decirse que la Rehabilitación Cardíaca incluye tanto objetivos de ámbito general (mejora de la calidad de vida del paciente) como de carácter pronóstico.

Los Programas Multiprofesional de Rehabilitación Cardíaca constan de diversos componentes que pasamos a exponer, pero conviene aclarar que, en función del diagnóstico y otras variables, cobrarán mayor relevancia unos u otros:

1. *El entrenamiento físico.*

2. *Educación Sanitaria (charlas-coloquio) La provisión de información y el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).* El primer aspecto (programa psicoeducativo) comprende una serie de Charlas-coloquio semanales, dirigidos tanto a pacientes como a sus familiares más cercanos, donde se explican, comentan y discuten ciertos aspectos relacionados con la enfermedad y sus cuidados. El objetivo de estas intervenciones es la provisión de información, asesoramiento y orientación en pautas y estrategias encaminadas a un adecuado ajuste y manejo de la misma así como a sus aspectos relacionados (información sobre cardiopatías que favorezcan un mayor

conocimiento y comprensión de la enfermedad, tratamientos disponibles, aspectos psicosociales, control de los FRVC tanto físicos como psicológicos, reincorporación laboral, disfunción sexual.....).

3. *Intervención sobre el estado emocional del paciente.* Tratamiento psicológico individual y grupal: Intervención psicológica y/o psiquiátrica, previa valoración del paciente a este nivel, que incluye entrenamiento en técnicas de relajación.

El evento cardíaco supone una ruptura en la biografía del paciente, favoreciendo la aparición de temores en relación a la muerte, clínica ansiosa y depresiva, sensación subjetiva de no tener futuro o incluso reacciones de negación, mermando la calidad de vida del paciente y que, cuando son agudos, requieren una intervención más intensiva y lo más temprana posible con el paciente.

Los fenómenos depresivos, el estrés, la ausencia de apoyo social y el Patrón de Conducta Tipo A, constituyen factores de riesgo asociados a la patología coronaria y, en relación a este último, determinados componentes como la hostilidad se ha relacionado de manera contundente (Barefoot, 1991), por la elevada y constante reactividad cardiovascular que caracteriza a las personas hostiles así como por su relación con otros factores psicosociales y hábitos poco saludables (Schervitz, Perkins, Chesney y cols, 1992).

Se entiende por hostilidad una reacción displacentera que surge cuando a la persona se le impiden alcanzar sus metas. Dos importantes factores de riesgo capaces de discriminar entre pacientes coronarios y controles son el potencial de hostilidad y la ira dirigida hacia fuera.

Sin embargo, dicha variable resulta más compleja de lo que aparenta, constituyendo un constructo multidimensional que engloba distintos aspectos:

–*Un componente cognitivo (hostilidad)*, que consiste en las creencias negativas.

–*Un componente afectivo-emocional* que incluiría estados emocionales como la **ira**, el enfado, el resentimiento, el disgusto y el desprecio.

–*Un componente conductual* caracterizado por la **agresión**, expresada tanto de forma física como verbal y de otros modos más sutiles, como la falta de cooperación.

La intervención sobre el Patrón de Conducta tipo A (en que enmarcamos la variable hostilidad, objeto de nuestro estudio) es sin embargo posible, dado que se refiere a un modo de ver y funcionar en la vida, un patrón conductual y actitudinal, susceptible cambio e intervención.

Para ello, la identificación de aquellos factores centrales en cada sujeto resulta clave de cara a determinar aquellos componentes sobre los que priorizar la intervención.

Una vez que estos comportamientos y actitudes se han hecho conscientes podremos ir introduciendo una serie de cambios en la forma de pensar, sentir y actuar que contribuyan a disminuir la carga emocional.

Sin embargo, el cambio en este patrón de comportamiento, que contempla una serie de variables conductuales, psicosociales y afectivas, resulta complejo y requiere una elevada dosis de auto-observación, auto-instrucción y auto-dirección.

Dependiendo de la intensidad, grado de arraigo, malestar y nivel de interferencia que este patrón de conducta esté originando en el funcionamiento diario el sujeto puede requerir la ayuda de un profesional.

La Intervención Psicológica parte de que todas las personas tienen recursos y capacidades pero algunos sujetos pueden necesitar una ayuda adicional, y tiene como objetivos:

- Reducir el *malestar emocional/psicológico* asociado a la enfermedad.

- Dotar de estrategias para el adecuado manejo de aquellos *aspectos del funcionamiento psicológico* que puedan interferir la reincorporación a una actividad familiar, social y laboral normal.

- Intervención sobre los *hábitos y estilos de vida nocivos* que implican riesgo para la salud interfiriendo en el curso de la enfermedad, agravando en cuadro o incrementando la posibilidad de recidiva/recaída.

- Aprendizaje de *técnicas de Relajación, estrategia de afrontamiento y otras pautas de funcionamiento* que promuevan el cambio actitudinal.

## Método

### *Participantes*

La muestra de nuestro estudio estaba conformada 191 pacientes, de edad media de  $59,12 \pm 11,18$  años (un 84,3% de varones).

### *Instrumentos utilizados*

A la llegada de los pacientes nuevos se pasa una batería de pruebas psicológicas que se repetirá al alta a fin de objetivar los cambios logrados en dicha esfera.

En esta batería, que consta de una entrevista semi-estructurada y pruebas estandarizadas, se recogen tanto algunos de los factores clásicos (tabaco, consumo de alcohol...) por su asociación a los factores emocionales, así como otras cuestiones de corte psicológico, consideradas centrales.

En la entrevista semi-estructurada se exploran así, entre otras cuestiones: calidad del sueño, presencia de problemática familiar y/o laboral, niveles de estrés e irritabilidad autopercebidos o estimación subjetiva de los niveles de satisfacción vital en el momento actual.

Así mismo se pasan, como se ha comentado, las siguientes pruebas estructuradas:

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Inventario de Salud Sexual para Varones (SHIM)

Para la medida de la variable de nuestro interés se utiliza, al igual que en nuestro estudio, el Inventario de Hostilidad de B.D.H.I. (Buss y Durkee, 1957), prueba autoadministrada de 75 ítems en 8 escalas: Violencia, Hostilidad Indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Susplicacia/Recelos, Hostilidad Verbal y Culpabilidad, y se procedió al análisis de los datos obtenidos al inicio y finalización del PMRC.

### *Procedimiento y Diseño*

Los participantes fueron seleccionados por admisión consecutiva.

Para la comparación de ambos grupos de puntuaciones se utilizó la prueba t de student para muestras relacionadas.

El tipo de abordaje empleado fue de corte eminentemente cognitivo-conductual, que contempla la intervención tanto sobre factores cognitivos como sobre los comportamentales.

A nivel cognitivo se pretende la reestructuración cognitiva, dirigida al examen y cuestionamiento (previa modificación) de determinadas asunciones, atribuciones, constructos y sistemas de creencias que se consideran esenciales en dicho patrón como los referidos al reto, éxito, ambición, perfeccionismo o necesidad de control, entre otros.

Los pensamientos que definen su modo de ver la vida y a sí mismos, de valorar a los demás y de prever su propio futuro son incesantes, negativos, hostiles y exigentes,

llevándoles a ignorar las necesidades físicas, desechando la importancia del descanso e incurriendo en un ***grave daño para su salud física y emocional***

A nivel conductual se trabajan objetivos referidos al estilo de interacción agresivo que estos sujetos manifiestan (hábitos de conversación, hablar más lentamente, escuchar sin interrumpir...) así como entrenamiento en diversas técnicas (habilidades de afrontamiento, solución de problemas, toma de decisiones, inoculación de estrés, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración del ambiente...) que favorezcan el incremento en los niveles de competencia efectiva y percibida (incremento del control percibido) así como el establecimiento de nuevos valores y metas internos elaborados de una forma realista.

### **Resultados**

La inclusión de la actuación psicológica en los Programas de Rehabilitación Cardíaca ha demostrado tener un efecto positivo sobre estas variables (ansiedad, depresión y elevados niveles de hostilidad) favoreciendo una reducción de la incidencia de estos trastornos así como un incremento en la calidad de vida del paciente.

Nuestro estudio encuentra que tras la participación en el PMRC se observa una disminución estadísticamente significativa en la puntuación global de hostilidad ( $p < 0.001$ ), así como para algunos componentes específicos: hostilidad indirecta ( $p = 0.001$ ), irritabilidad ( $p < 0.001$ ), resentimiento ( $p = 0.001$ ), recelo-susplicacia ( $p = 0.045$ ) y culpabilidad ( $p < 0.001$ ), frente a las escalas violencia, negativismo y hostilidad verbal para las que no se encuentran diferencias significativas.

### **Discusión/Conclusiones**

La importancia de la intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular, tanto clásicos como psicosociales, no debe ser ignorada por el importante peso que estos tiene no sólo en origen de la misma sino también sobre su curso, severidad, pronóstico y posibilidad de nuevo evento cardíaco en el futuro (probabilidad de recaída y/o recidiva).

Diversas investigaciones han demostrado que la intervención psicológica en esta materia no sólo es viable sino que obtiene resultados positivos, encontrándose una mejoría generalizada tras una intervención de 8 semanas de duración y un cambio significativo en una serie de medidas conductuales, psicosociales y afectivas (conductas clave que predisponen a enfermedad coronaria):

- Los componentes hostilidad, urgencia de tiempo e impaciencia mostraron reducciones significativas

- A nivel afectivo se constata un decremento en emociones negativas (ira y depresión)

- Mejoras relativamente significativas en autoeficacia

- Mejora del apoyo social y bienestar

- \* Relación tipo dosis-dependiente (sujetos expuestos a mayor contacto de tratamiento mostraban mayor cambio psicosocial)

En esta línea, nuestro estudio encuentra que los pacientes con cardiopatía manifiestan importantes niveles de hostilidad al inicio del programa (siendo la hostilidad verbal e indirecta los componentes más elevados) y que la participación en un Programa Multidisciplinar de Rehabilitación Cardíaca resultaría eficaz para lograr una reducción significativa del nivel global de hostilidad, siendo la irritabilidad, hostilidad indirecta y descarga de afecto negativo hacia el entorno sin objeto definido y hacia sí mismo, los componentes que más se beneficiarían de la intervención.

### Referencias

- American Heart Association. (2010). *Internacional Cardiovascular Disease Statics*. Recuperado de <http://www.downloadable/heart/1177593979236FS06INTL07.pdf>
- Barefoot, J. C. (1991). Developments in the measurement of Hostility. En H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, Coping and Health* (pp. 13-32). Washington, D. C., A.P.A.
- Buss, A.H., y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 343-8.
- Kannel, W. B. (1988). Contributions of the Framingham Study to the conquest of the coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 62, 109-112.
- Pinson, A.G. (2001). Rehabilitación cardíaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. *Revista de Enfermería del IMSS*, 9(2), 97-103.
- Scherwitz, K. W., Perkins, L. L., Chesney, M. A. y cols. (1992). Hostility and health behaviors in young adults. *American Journal of Epidemiology*, 136, 136-145.
- Sociedad Española de Cardiología. (2009). *Defunciones según la Causa de Muerte 2007*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context os ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.

## PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

María Longares, M<sup>a</sup> Ángeles Beleña y M<sup>a</sup> José Báguena<sup>1</sup>

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de  
Psicología, Universidad de Valencia*

**RESUMEN.** Antecedentes: El cáncer de cabeza y cuello representa un grupo heterogéneo y de diversa etiología siendo el tabaco y el alcohol dos factores de riesgo especialmente relevantes. A estos hábitos adictivos se le solapan determinadas características personales que conforman una personalidad desadaptativa en estos pacientes y distinta a las de pacientes con otros carcinomas y a la población general, tal como manifiestan estudios llevados a cabo por diversos autores (Aarstad, Aarstad y Olofsson, 2008; Aarstad, Heimdal, Aarstad y Olofsson, 2002; Dubey, Arora, Gupta y Kumar, 2010). En este estudio pretendemos explorar la personalidad y el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, comprobando si existen diferencias entre este grupo y un grupo de control no enfermo en las dimensiones de *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura a la experiencia*, *Cordialidad*, *Escrupulosidad*, *Impulsividad*, *Autocontrol* y consumo de sustancias. Método: La muestra está formada por un total de 220 sujetos distribuidos en dos grupos: en el grupo experimental los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (GCCC) (N= 114) y en el grupo control sujetos de la población general (GC) (N= 106). Ambos grupos cumplimentaron un *cuestionario elaborado ad hoc* en el que se recogen datos de identificación de tipo social, demográfico, consumo de sustancias, el *Inventario NEO reducido de Cinco Factores*, *NEO-FFI* (Costa y McCrae, 1992; versión adaptada al castellano por Avia, Sanz, y Sánchez Bernardos, 1997), la *Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 o BIS-11* (Barratt, 1995) y la *Escala de Autocontrol* de Grasmick, Tittle, Bursik y Arneklev (1993). El diseño utilizado es transversal de tipo descriptivo. Resultados: Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control en las variables: apertura a la experiencia y cordialidad, impulsividad cognitiva y motora, búsqueda de riesgos, preferencia por tareas fáciles, preferencias por actividades físicas, temperamento inestable y en consumo de sustancias (alcohol y tabaco). Conclusiones: Se ha observado que los pacientes difieren del grupo control por su elevado consumo de alcohol y tabaco. También se caracterizan por una mayor impulsividad cognitiva y motora, una mayor cordialidad y menor apertura a la experiencia.

*Palabras clave:* personalidad, consumo de sustancias, cáncer de cabeza y cuello, pacientes.

<sup>1</sup>Correspondencia: M<sup>a</sup> José Báguena. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Avenida Blasco Ibáñez, 21 46010, Valencia (España). E-mail: Maria.J.Baguena@uv.es

**ABSTRACT.** Background: Head and neck cancer represents a heterogeneous group of diverse etiology being tobacco and alcohol two risk factors particularly relevant. These addictive habits will overlap certain personal characteristics that make up a maladaptive personality in these patients and characteristics different from other carcinomas patients and the general population, as manifested studies conducted by various authors (Aarstad, Aarstad and Olofsson, 2008; Aarstad, Heimdal, Aarstad and Olofsson, 2002; Dubey, Arora, Gupta and Kumar, 2010). In this study we aim to explore the personality and substance use (alcohol and tobacco) in patients with head and neck cancer, checking whether there are differences between the experimental and control groups in the dimensions of neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, conscientiousness, impulsivity, self control and substance use. Method: The sample consists of a total of 220 subjects divided into two groups: the experimental group patients with head and neck cancer (GCCC) (N = 114) and control subjects group of the general population (GC) (N = 106). Both groups completed a questionnaire prepared ad hoc in which data identifying social, demographic, substance type is collected, a reduced version of the NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI (Costa and McCrae, 1992; adapted to Castilian by Avia, Sanz, and Sánchez Bernardos 1997 version), the Barratt Impulsiveness Scale version 11 or BIS-11 (Barratt, 1995) and the Scale of Selfcontrol by Grasmick, Tittle, Bursik and Arneklev (1993). The design used is descriptive cross. Results: Statistically significant differences between the experimental and control groups were observed in the variables: openness to experience and cordiality, cognitive and motor impulsiveness, risk-seeking, preference for easy tasks, preference for physical activities, unstable temperament and substance abuse (alcohol and tobacco). Conclusions: It has been observed that patients differ from the control group because of their high consumption of alcohol and tobacco. They are also characterized by greater cognitive and motor impulsiveness, increased warmth and less open to experience.

*Keywords:* personality, substance abuse, head and neck cancer, patients

### **Introducción**

La expresión cáncer de cabeza y cuello (en adelante, CCC) hace referencia a numerosos tipos de cáncer que, generalmente, comienzan a desarrollarse en las células escamosas localizadas en las superficies húmedas y mucosas del interior de la cabeza y el cuello aunque pueden desarrollarse también en las glándulas salivares. La literatura destaca como factores de riesgo más relevantes en este tipo de cáncer, el consumo de tabaco y alcohol (Pöschl y Seitz 2004; Tirado y Granados, 2007).

La literatura con respecto a las variables objeto de estudio en el presente trabajo es escasa. Así, Aarstad et al. (2002), exploraron las dimensiones de personalidad (según el modelo de Eysenck) en un grupo de personas con CCC, comparándolo con un grupo control de sujetos sanos (población general). Los resultados señalaron que los pacientes con CCC mostraban niveles significativamente más elevados en neuroticismo y psicoticismo, lo cual afectaba la calidad de vida de éstos.

Otro estudio que manifiesta diferencias en personalidad entre pacientes con CCC y la población general es el de Aarstad et al. (2008) en el que valoraron la calidad de vida percibida en función de la personalidad y las estrategias de afrontamiento. Los pacientes con CCC puntuaron más alto en neuroticismo que la población general. Hallaron, una relación negativa significativa entre las puntuaciones en neuroticismo y calidad de vida. Deduciendo que dicha dimensión de personalidad es el predictor más preciso de calidad de vida.

Otro ejemplo es el trabajo de Dubey et al. (2010), en el que se compara la estructura de personalidad (según el Modelo de Costa y McCrae) en pacientes con un consumo elevado de alcohol (sin diagnóstico de enfermedad oncológica) con un grupo control formado por personas con un consumo moderado. Los resultados sugieren que los pacientes con elevado consumo de alcohol puntuaban más alto en neuroticismo ( $p=0,000$ ), más bajo en responsabilidad ( $p=0,000$ ) y más bajo en apertura a la experiencia ( $p=0,032$ ) en comparación con los que bebían alcohol moderadamente. Asimismo, una estructura de personalidad caracterizada por una frecuencia elevada de emociones negativas; de modo que el consumo de alcohol podría ser utilizado como estrategia de afrontamiento ante situaciones problemáticas, como las generadas por el CCC.

De acuerdo con la literatura revisada, el cáncer de cabeza y cuello representa un grupo heterogéneo y de diversa etiología siendo el tabaco y el alcohol dos factores de riesgo especialmente relevantes. A estos hábitos adictivos se le solapan determinadas características personales que conforman una personalidad desadaptativa en estos pacientes. Por ello, el objetivo del presente trabajo pretende estudiar la personalidad y el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en pacientes con CCC, comprobando si existen diferencias entre el grupo de pacientes y el grupo control de personas no enfermas, en las dimensiones de: *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura a la experiencia*, *Cordialidad*, *Escrupulosidad*, *Impulsividad*, *Autocontrol* y consumo de sustancias.

## Método

### *Participantes*

La muestra fue de 220 sujetos distribuidos en dos grupos. El grupo experimental contaba con 114 pacientes con cáncer de cabeza y cuello ( $N= 114$ ): el 28,1% eran mujeres ( $n=32$ ) y el 71,9% hombres ( $n=82$ ) con una media de edad de 59,78, con un 65,8% casados o en pareja. El grupo control estaba constituido por 106 sujetos que no padecían CCC: el 29,2% eran mujeres ( $n=31$ ) y el 70,8% eran hombres ( $n=75$ ), cuya media de edad era de 58,75, con un 74,5% casados o en pareja.

Los criterios de inclusión de los sujetos del grupo experimental fueron: pacientes diagnosticados de carcinoma de cabeza y cuello, según los criterios de la CIE-10: sujetos que se encuentran en cualquier estadio de la enfermedad; en tratamiento activo o en seguimiento; mayores de edad.

### *Instrumentos*

Ambos grupos cumplieron un *questionario elaborado ad hoc* en el que se recogen datos de identificación de tipo socio-demográfico y nivel de consumo de sustancias.

Para valorar la personalidad de los participantes se utilizaron los siguientes instrumentos:

### **Inventario NEO reducido de Cinco Factores, NEO-FFI**

Fue elaborado por Costa y McCrae (1992); versión adaptada al castellano por Avia, Sanz, y Sánchez Bernardos (1997). Este instrumento es la versión abreviada del NEO-PI-R (1992). Se compone de 60 ítems que permite la evaluación de cinco factores: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Cordialidad y Escrupulosidad.

El cuestionario ha obtenido buenos niveles de fiabilidad en población española, oscilando la consistencia interna de todas las escalas entre 0,71 y 0,83 (Aluja, García, Rossier y García, 2005).

### **Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 o BIS-11 (Barratt, 1995).**

La 11ª versión de la Escala de Impulsividad de Barratt adaptada a nuestro medio por Oquendo et al. (2001). Está compuesta por 30 ítems con 4 opciones de respuesta. Se obtienen 3 subescalas: Impulsividad Motora, Impulsividad Cognitiva, Ausencia de Planificación. Y con la suma de las 3 subescalas, una medida de impulsividad total.

Se han realizado estudios, demostrando poseer buenas propiedades psicométricas (Carrillo, Otero y Romero, 1993).

### **Escala de Autocontrol de Grasmick et al. (1993)**

Se utilizó la Escala de Autocontrol de Grasmick et al. (1993), adaptada por Romero, Gomez-Fraguela, Luengo y Sobral (2003). Consta de 24 ítems, en los que los sujetos deben señalar su grado de acuerdo/desacuerdo. Se obtienen cinco factores: Búsqueda de riesgo impulsiva, Preferencia por tareas simples, Egocentrismo, Preferencia por actividades físicas, Temperamento inestable. Además, una puntuación total de la escala.

En el estudio original de Grasmick et al. (1993) la consistencia interna (alpha de Cronbach) para los 24 ítems fue de 0,80.

### *Procedimiento*

Los médicos oncólogos fueron los encargados de remitir a la investigadora principal la muestra de pacientes de cáncer de cabeza y cuello (cuyo diagnóstico y tratamiento es el único criterio de inclusión fijado para este grupo). Informaron a los pacientes sobre las características y objetivos de la investigación para colaborar en ella. Los que aceptaron participar en el estudio, concertaron cita con la psicóloga para cumplimentar los cuestionarios con la ayuda de ésta.

Asimismo, se ha contado con un grupo de comparación formado por personas “sanas”, sin diagnóstico de enfermedad oncológica. Tras recibir información sobre las características principales de la investigación, se les ofreció la posibilidad de colaborar en ella, garantizando la privacidad incondicional de sus identidades, según indicaba el consentimiento informado.

### *Diseño*

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, para la consecución del objetivo de esta investigación, en el cual la valoración se realiza en un único momento temporal, habiendo contado con un grupo experimental y otro de control para llevar a cabo la comparación entre ambos.

### **Resultados**

A continuación se presentan en la Tabla 1 los resultados de la fiabilidad (calculado el alpha de Cronbach).

Tabla 1  
*Análisis de la Fiabilidad de los instrumentos*

	Nº ítems	Rango	M	DT	$\alpha$
<b>NEOFFI</b>					
Neuroticismo	12	0 – 48	16,19	6,84	0,80
Extraversión	12	0 – 48	29,10	7,81	0,82
Apertura a la experiencia	12	0 – 48	23,43	8,20	0,79
Cordialidad	12	0 – 48	33,67	6,23	0,71
Escrupulosidad	12	0 – 48	33,88	7,08	0,82
<b>Barratt</b>					
Impulsividad cognitiva	8	0 – 32	14,01	4,55	0,38
Impulsividad motora	10	0 – 40	15,23	6,75	0,71
Impulsividad no planeada	12	0 – 48	14,81	5,99	0,53
<b>Grasmick</b>					
Búsqueda de riesgos	7	0 – 7	2,06	1,54	0,57
Preferencias por tareas fáciles	5	0 – 5	2,15	1,51	0,61
Centrado en sí mismo	4	0 – 4	0,69	0,87	0,42
Preferencias por actividades físicas	4	0 – 4	2,53	1,34	0,69
Temperamento volátil	4	0 – 4	1,43	1,20	0,60

En cuanto a los niveles de fiabilidad de los cuestionarios utilizados en el presente estudio, se han encontrado unos niveles aceptables en todas las subescalas del *NEOFFI* (*neuroticismo*  $\alpha=0,80$ , *extraversión*  $\alpha=0,82$ , *apertura*  $\alpha=0,79$ , *cordialidad*  $\alpha=0,71$ , *escrupulosidad*  $\alpha=0,82$ ), un nivel aceptable en la escala de *impulsividad motora* de la *Escala BIS-11* ( $\alpha=0,71$ ) y unos niveles de fiabilidad moderados en tres subescalas de la *Escala de Autocontrol de Grasmick* (*preferencia por tareas fáciles*  $\alpha=0,61$ , *preferencia por tareas físicas*  $\alpha=0,69$ , *temperamento volátil*  $\alpha=0,60$ ).

A continuación se exploran las diferencias en las dimensiones de personalidad, entre ambos grupos mediante un análisis de diferencia de medias (Tabla 2).

En la Tabla 2 se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control, en las variables: *apertura a la experiencia* ( $t=-6,53$ ; con un nivel de significación de  $p=0,001$  y un tamaño del efecto muy fuerte,  $d=0,89$ ) y *cordialidad* ( $t=2,95$  con una  $p=0,01$  y un tamaño del efecto moderado  $d=0,40$ ), *impulsividad cognitiva* ( $t=2,02$ , con una  $p=0,05$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,27$ ) y *motora* ( $t=3,73$  con una  $p=0,001$  y un tamaño del efecto moderado  $d=0,50$ ), *búsqueda de riesgos* ( $t=2,30$  con una  $p=0,05$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,31$ ), *preferencia por tareas fáciles* ( $t=2,93$  con un nivel de significación  $p=0,01$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,40$ ), *preferencias por actividades físicas* ( $t=5,34$  con una  $p=0,001$  y un tamaño del efecto fuerte  $d=0,72$ ), *temperamento inestable* con tendencia a la significatividad ( $t=1,95$  con una  $p=0,052$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,27$ ).

Se calcularon las diferencias en el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) entre el grupo experimental y el grupo control. Tras calcular la Chi-2, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: carajillos (Chi2 = 52,56, con un nivel de significación de  $p=0,001$ ), vino (Chi2 = 15,68 con una  $p=0,05$ ), cerveza (Chi2 = 44,92, con una  $p=0,001$ ), licor (Chi2 = 32,29, con una  $p=0,001$ ), tabaco (Chi2 =

106,66 con una  $p=0,001$ ) a favor del grupo experimental cuyo consumo es significativamente más elevado que el del grupo control.

Tabla 2

*Diferencia de medias (t) entre grupo CCC y grupo experimental y tamaño del efecto (d)*

	Experimental (N=114)		Control (N=106)		t
	M	DT	M	DT	
<b>NEOFFI</b>					
Neuroticismo	16,60	6,60	15,75	7,09	0,92
Extraversión	29,19	8,07	29,00	7,56	0,18
Apertura a la experiencia	20,26	8,50	26,83	6,33	-6,53***
Cordialidad	34,84	6,32	32,42	5,91	2,95**
Escrupulosidad	34,03	7,06	33,73	7,14	0,31
<b>Barratt</b>					
Neuroticismo	16,60	6,60	15,75	7,09	0,92
Extraversión	29,19	8,07	29,00	7,56	0,18
Apertura a la experiencia	20,26	8,50	26,83	6,33	-6,53***
<b>Grasmick</b>					
Búsqueda de riesgos	2,29	1,65	1,82	1,36	2,30*
Preferencias por tareas fáciles	2,44	1,41	1,85	1,57	2,93**
Centrado en sí mismo	0,71	0,94	0,67	0,79	0,35
Preferencias por actividades físicas	2,98	1,17	2,05	1,40	5,34***
Temperamento volátil	1,58	1,10	1,26	1,28	1,95(0,052)

*Nota.* \* valores significativos  $p < 0,05$ , \*\* valores muy significativos  $p < 0,01$ , \*\*\*valores altamente significativos  $p < 0,001$ .

### Discusión/Conclusiones

De acuerdo con la literatura revisada (Penner, 2009; Tirado y Granados, 2007), se ha hallado que el grupo de enfermos con CCC se caracteriza por un consumo elevado tanto de alcohol como de tabaco, habiéndose encontrado diferencias notables entre nuestros dos grupos explorados.

Con respecto a las características de personalidad, en la línea de Dubey et al. (2010), los pacientes con CCC han obtenido puntuaciones significativamente más bajas en *apertura a la experiencia*, indicando que este grupo se caracterizaría por un menor deseo de novedad y de apertura a lo desconocido con respecto a la población sana. Otra diferencia de los pacientes con CCC es la *cordialidad* lo que podría señalar un cuidado a la hora de guardar una apariencia social positiva. Asimismo, han puntuado más alto los pacientes con CCC en la impulsividad cognitiva y motora, esto manifiesta una baja reflexividad y planificación a la hora de actuar y una mayor búsqueda de riesgos, lo que implica una menor asunción de las consecuencias de éstos. Además, los pacientes con CCC de nuestro estudio, muestran mayor preferencia por las tareas fáciles lo cual podría indicar una tendencia a evitar los retos y mayor preferencia por tareas que implican una actividad física, y evitación de aquellas que impliquen un esfuerzo a nivel mental.

En cuanto al temperamento inestable (con tendencia a la significatividad:  $t=1,95$ ,  $d=0,27$ ) podría indicar una menor regulación emocional que se relacionaría con un mayor consumo de sustancias como modo de afrontamiento de las situaciones difíciles, tal como señala algunos estudios realizados con dicha variable (Llewellyn, McGurk y Weinman, 2005).

En suma, se ha observado que los pacientes difieren del grupo control por su elevado consumo de alcohol y tabaco. También se caracterizan por una mayor impulsividad cognitiva y motora, una mayor cordialidad, preferencia por tareas fáciles y físicas, mayor búsqueda de riesgos y menor apertura a la experiencia.

### Referencias

- Aarstad, A.K., Aarstad, H.J. y Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in Head and Neck Cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 47(5), 879-890.
- Aarstad, H.J., Heimdal, J.H., Aarstad, A.K. y Olofsson, J. (2002). Personality Traits in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Patients in Relation to the Disease State, Disease Extent and Prognosis. *Acta Otolaryngologica*, 122(8), 892-899.
- Aluja, A., García, O., Rossier, J., y García, L.F. (2005). Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short versión of the NEO-PI-R (NEO-60) in swiss and spanish samples. *Personality and Individual Differences*, 38, 591-604.
- Avia, M. D., Sanz, J., y Sánchez-Bernardos, M. L. (1997). *Versión española del Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO PI-R) de Paul T. Costa y Robert R. McCrae (1992)* (Versión experimental. Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Barratt E.S. (1995). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan, H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder. Development in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University of Chicago Press.
- Carrillo, MT., Otero, JM., y Romero, E. (1993). Comparison among various methods of assessment of impulsiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 567-75.
- Costa P. T. Jr., y Mc Crae, R. R., (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Dubey, Ch., Arora, M., Gupta, S., y Kumar, B. (2010). Five Factor Correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 107-114.
- Grasmick, H.G., Tittle, C.R., Bursik, R.J., Jr., y Arneklev, B.J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5-29.
- Llewellyn, C. D., McGurk, M., y Weinman, J. (2005). Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncology*, 41(5), 440-454.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Penner, J. L. (2009). Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Seminars in Oncology Cancer*, 25(3), 231-241.
- Pöschl, G., y Seitz, H.K. (2004). Alcohol and Cancer Review. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), 155-165.

Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, M.A., y Sobral, J. (2003). The self-control construct in the general theory of crime. An investigation in term of Personality Psychology. *Psychology, Crime and Law*, 9(1), 61-86.

Tirado, L., y Granados, M. (2007). Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello. *Cancerología*, 2, 9-17.

## VÍNCULOS DE APEGO E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

Inmaculada Montoya-Castilla<sup>1</sup>, Laura Lacomba Trejo, Ana Ordóñez López y Remedios González Barrón

*Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València*

**RESUMEN.** *Antecedentes.* La inteligencia emocional se desarrolla desde las primeras interacciones que establece el niño con sus progenitores. En ellas se crean vínculos que se generalizan a otras relaciones a lo largo del ciclo vital. En la adolescencia el apego se extiende a los iguales. El objetivo es analizar la relación entre la inteligencia emocional, el apego a los progenitores y los iguales en la adolescencia, en función del sexo y la edad. *Método.* Los participantes (N= 595) fueron adolescentes (12 y 15 años; M=13.69; DT=1.07; 49.2% hombres), procedentes de centros escolares de la Comunidad Valenciana. Se solicitó el consentimiento informado a los padres, y la evaluación se realizó en horario escolar. Se administraron el Inventario de Apego de Padres y Pares (IPPA), y el Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24). Los datos se analizaron con el SPSS, mediante pruebas t y correlaciones. *Resultados.* Los resultados muestran que las chicas presentan más atención emocional, y mejores relaciones con sus iguales. Mientras que los chicos obtienen mayor claridad emocional, reparación emocional, y apego parental. Conforme aumenta la edad, se observa una disminución en las relaciones de afecto, comunicación y confianza en ambos padres, y un incremento en la percepción de alienación. Los adolescentes tienen mayores niveles de apego a las madres y a los iguales que a los padres. Además, quienes gozan de mayor inteligencia emocional también tienen mayores niveles de apego a padres e iguales. *Conclusiones.* En conclusión, quienes muestran más atención a los sentimientos, también poseen más habilidades para darse cuenta de las emociones, pueden regularlas y tienen mayores niveles de apego a los progenitores y a los iguales.

*Palabras clave:* inteligencia emocional, apego parental, apego iguales, adolescentes.

**ABSTRACT.** *Background.* Emotional intelligence is an ability, which develops from early child-parent interactions. Based on these interactions, the child creates attachment bonds, which are generalized to other relationships throughout life. With this respect, adolescence is a period in which peer attachment becomes more and more important. The aim of this

<sup>1</sup>Correspondencia: Inmaculada Montoya-Castilla. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. E-mail: inmaculada.montoya@uv.es

study is to analyze the relationship between emotional intelligence, parent and peer attachment during adolescence, according to sex and age. *Method.* Five hundred ninety-five adolescents between 12 and 15 years ( $M=13,69$ ;  $SD=1,07$ ; 49,2% boys) from secondary schools in Valencia were recruited to participate in this study. Before the commencement of the research, all parents were required to read and sign an informed consent form. Children completed in Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) and the Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24) during school hours. Data were analyzed with SPSS, using t-tests and Pearson correlations. *Results.* The results indicated that girls scored higher on emotional attention and relationships with their peers, while boys scored higher on emotional clarity, emotional reparation, and parental attachment. Further analyses revealed lower rates of attachment relationships, communication and trust in both parents, and higher rates of alienation as age increased. Adolescents were more attached to their mothers and peers than to their fathers. Moreover, emotional intelligence was highly correlated with parent and peer attachment. *Conclusions.* These findings suggest that those who pay more attention to their own and other feelings, are more aware of emotions and regulate them easily, as well as they are strongly connected to their parents and peers.

*Keywords:* emotional intelligence, parent and peer attachment, adolescence.

### Introducción

El término inteligencia emocional (IE) fue acuñado por Mayer y Salovey, como “la habilidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 1997, p. 10). Se entiende como habilidades (Guerra, 2013) y se relaciona con impulsividad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002), éxito académico, competencia social (Fernández-Berrocal y Extremera, 2003), empatía (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004), conductas disruptivas (Perea y Fernández-Berrocal, 2009), habilidades de resolución de problemas (Pena, Extremera y Rey, 2011) y agresividad (Inglés et al., 2014). Se observa que los chicos clarifican y regulan mejor sus emociones, mientras que las chicas les prestan mayor atención (Pena et al., 2011).

Respecto al apego, Bowlby (1969) lo definió como la vinculación emocional entre el niño y su cuidador generada por la continua interacción. Así, la seguridad del niño depende de la capacidad de respuesta de su cuidador y su disponibilidad (Guerra, 2013; Lewis-Morrarty et al., 2015). Los adolescentes con un apego seguro con sus padres, manifiestan mayor autoestima y bienestar psicológico (Laible, Carlo y Raffaelli, 2000). Perciben mayor afecto hacia la madre que hacia el padre (Samper, Cortés, Mestre, Nacher y Tur, 2006), pero a medida que avanza la adolescencia, disminuye el afecto y la comunicación con ambos y los pares cobran relevancia (Rodríguez, Barrio y Carrasco, 2009). Al inicio de la adolescencia, las chicas tienen mayores niveles de apego a los iguales, disminuyendo las diferencias con la edad (Delgado, Oliva y Sánchez-Queija, 2011), convirtiéndose en las figuras principales a finales de la adolescencia y principios de la adultez (Alonso-Arbiol et al., 2014).

El establecimiento de un estilo de apego seguro en la infancia con los padres se

asocia positivamente con el correcto desarrollo de la IE en la adolescencia, (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006; Wols, Scholte y Qualter, 2015), relaciones estrechas con los iguales y la pareja (Oliva, 2011; Sánchez-Queija y Oliva, 2003).

Los objetivos de esta investigación son estudiar las diferencias de sexo y edad en inteligencia emocional, apego parental y apego entre iguales, así como la relación entre dichas variables. Las hipótesis planteadas son: 1) existirán diferencias según sexo en IE (Pena et al., 2011), en apego entre pares y no en apego parental (Delgado et al., 2011); 2) no existirán diferencias según edad en IE y apego entre pares. El apego parental disminuirá con la edad (Alonso-Arbiol et al., 2014; Salguero, Fernández-Berrocal, Balluerka y Aritzeta, 2010); y 3) IE y apego se relacionarán positivamente (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Wols et al., 2015).

## Método

### *Participantes*

Los participantes fueron (N= 595) adolescentes (12-15 años; 50,9% chicas; M=13,69; DT=1,08), procedentes de centros educativos de la Comunidad Valenciana, divididos de forma homogénea por sexo y edad (Tabla 1).

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos según sexo y edad*

Edad	Chicos		Chicas		Total	
	N	%	n	%	n	%
12 años	47	8%	60	10%	107	18%
13 años	75	12,6%	69	11,6%	144	24,2%
14 años	77	12,9%	94	15,9%	171	28,8%
15 años	93	15,6%	80	13,4%	173	29%
Total	292	49,1%	303	50,9%	595	100%

### *Variables e Instrumentos*

Se evaluaron variables demográficas (sexo y edad) con un cuestionario creado ad-hoc.

La inteligencia emocional se evaluó con el *Trait Meta-MoodScale* (TMMS-24, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Está compuesto por 24 ítems tipo Likert (0 a 4) y tres factores Atención, Claridad y Reparación. Las escalas presentan una adecuada consistencia interna y temporal ( $\alpha > .86$ ), y validez (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Guerra, 2013).

Para el apego se utilizó el Inventario de Apego de Padres y Pares (IPPA, Armsden y Greenberg, 1987). Compuesto por 75 ítems tipo Likert (1 a 5). Cada escala (madre, padre e iguales) formada por 25 ítems, que se dividen en tres subescalas, Confianza, Comunicación y Alienación y una Puntuación Total. Se ha observado adecuada estabilidad temporal, consistencia interna ( $\alpha > .86$ ) y validez (Armsden y Greenberg, 1987; Guerra, 2013).

### *Procedimiento*

Se contactó con los centros escolares, ofreciéndoles información y solicitando su colaboración. Se pidió el consentimiento informado a los padres. La evaluación se

realizó por psicólogos en las aulas, de manera colectiva y en horario lectivo. El estudio de los datos se realizó con el programa SPSSv.22, mediante pruebas t para muestras independientes y correlaciones de Pearson.

### Diseño

Esta investigación es un diseño prospectivo con más de un eslabón causal. La muestra que se ha utilizado es incidental.

### Resultados

En primer lugar, se estudiaron las diferencias según sexo (Tabla 2). En cuanto a la IE, se observó que los chicos puntuaban significativamente más alto en Claridad ( $t=-2,16$ ,  $p=0,03$ ) y Reparación ( $t=-2,01$ ,  $p=0,04$ ), mientras que las chicas lo hacían en Atención ( $t=3,07$ ,  $p=0,002$ ).

Con respecto al apego, se han observado diferencias significativas en apego parental. Puntuando los chicos más alto en Puntuación total de apego parental ( $t=-2,44$ ,  $p=0,001$ ), Confianza ( $t=-2,56$ ,  $p=0,01$ ) y Comunicación ( $t=-2,01$ ,  $p=0,04$ ). También se han observado diferencias significativas en apego hacia iguales. Puntuando las chicas más alto en total de apego iguales ( $t=4,56$ ,  $p=0,000$ ), Confianza ( $t=3,18$ ,  $p=0,002$ ) y Comunicación ( $t=7,48$ ,  $p=0,000$ ).

Tabla 2

*Diferencias de sexo en Inteligencia emocional y Apego*

	Variables	Chicas M (DT)	Chicos M (DT)	t
IE	Atención	25,31(6,51)	23,64(6,74)	3,07**
	Claridad	24,64(7,21)	25,87(6,55)	-2,16*
	Reparación	26,78(7,36)	27,94(6,58)	-2,01*
	Total	76,65(15,94)	77,34(15,48)	-0,54
Apego	Confianza madre	4,22 (0,58)	4,20 (0,69)	0,45
	Comunicación madre	3,85 (0,80)	3,79 (0,70)	0,70
	Alienación madre	2,39 (0,77)	2,34 (0,77)	0,77
	Total madre	3,9 (0,62)	3,92 (0,59)	0,34
	Confianza padre	3,91 (0,88)	4,10 (0,68)	-2,56*
	Comunicación padre	3,42 (0,94)	3,57 (0,81)	-2,01*
	Alienación padre	2,47 (0,84)	2,35 (0,74)	-1,86
	Total padre	3,64 (0,80)	3,79 (0,65)	-2,44*
	Confianza iguales	4,28(0,63)	4,12 (0,62)	3,18*
	Comunicación iguales	4 (0,67)	3,57 (0,71)	7,48**
	Alienación iguales	2,37 (0,6)	2,37 (0,57)	0,14
Total iguales	4 (0,55)	3,81 (0,51)	4,56**	

\* $p<0,5$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$

Se observa una relación negativa entre la edad y Reparación (IE) ( $r=0,10$ ,  $p=0,01$ ), con el Apego materno ( $r=-0,19$ ,  $p=0,001$ ) y con Confianza ( $r=-0,19$ ,  $p=0,000$ ) y Comunicación ( $r=-0,16$ ,  $p=0,001$ ), y positiva con la Alienación ( $r=0,15$ ,  $p=0,001$ ). La

edad también se relaciona de forma negativa con Apego paterno ( $r=-0,24$ ,  $p=0,001$ ), Confianza ( $r=-0,24$ ,  $p=0,001$ ) y Comunicación ( $r=-0,21$ ,  $p=0,001$ ), y de forma positiva con Alienación ( $r=0,23$ ,  $p=0,001$ ). Además, se ha observado relación entre edad y Alienación ( $r=0,08$ ,  $p=0,04$ ) del apego a iguales.

Tabla 3  
*Relación entre Inteligencia emocional, apego y edad*

	Inteligencia emocional				Edad	
	Atención	Claridad	Reparación	Total		
Apego	Confianza madre	0,01	0,18**	0,20**	0,17**	-0,19**
	Comunicación madre	0,11**	0,21**	0,25**	0,25**	-0,16**
	Alienación madre	0,04	-0,20**	-0,25**	-0,19**	0,15**
	Total madre	0,04	0,23**	0,27**	0,24**	-0,19**
	Confianza padre	-0,01	0,19**	0,21**	0,18**	-0,24**
	Comunicación padre	0,08	0,23**	-0,24**	0,24**	-0,21**
	Alienación padre	0,01*	0,19**	-0,25**	-0,16**	0,23**
	Total padre	0,00	0,23**	-0,25**	0,21**	-0,24**
	Confianza iguales	0,15**	0,28**	0,28**	0,31**	-0,079
	Comunicación iguales	0,31**	0,24**	0,22**	0,33**	0,02
	Alienación iguales	0,06	0,19**	-0,16**	-0,13**	0,08*
	Total iguales	0,19**	0,29**	0,27**	0,33**	-0,06
	Edad	0,24	-0,01	0,10*	0,04	-

\* $p<0,5$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$

La relación entre IE y apego (Tabla 3) muestra relaciones significativas y positivas entre todas las subescalas de inteligencia emocional y de apego hacia la madre y al padre. La Atención emocional se relacionó con Alienación paterna ( $r=0,01$ ,  $p=0,02$ ) y Comunicación materna ( $r=0,11$ ,  $p=0,006$ ). Por su parte, Alienación hacia los padres se relacionó negativamente con la IE. Además, se observó una asociación significativa y positiva entre apego a los pares y Atención ( $r=0,19$ ,  $p=0,001$ ), Claridad ( $r=0,29$ ,  $p=0,001$ ) y Reparación ( $r=0,27$ ,  $p=0,001$ ). Igualmente, se evidenció una relación positiva entre la Puntuación total en IE y Confianza ( $r=0,31$ ,  $p=0,001$ ) y Comunicación ( $r=0,33$ ,  $p=0,001$ ), y negativa con Alienación ( $r=-0,13$ ,  $p=0,001$ ).

### Discusión/Conclusiones

En este trabajo se ha estudiado la IE y el apego en adolescentes. Para ello, se han analizado las diferencias según sexo, así como la relación entre dichos constructos y con la edad.

En referencia a la primera hipótesis, se observan diferencias entre las habilidades emocionales. Así, las adolescentes consideran más sus emociones y las de los otros, los adolescentes presentan más capacidad para percibir las y repararlas (Pena et al., 2011). Además, chicos y chicas presentan niveles similares de apego hacia sus madres (Samper et al., 2006). Perciben que pueden confiar más en ellas y contarles vivencias que no compartirían con sus padres. Esta inclinación favorable hacia las madres puede

relacionarse con su mayor implicación en el cuidado y la educación de los hijos (Samper et al., 2006). Se ha observado que las chicas presentan mayor apego a los pares, destacando en confianza y comunicación (Delgado et al., 2011).

Con respecto a la segunda hipótesis, en línea de otras investigaciones, no se ha evidenciado relación entre la edad y la IE (Salguero et al., 2010). Se ha observado que con la edad, disminuye la percepción de apego, la comunicación y la confianza con ambos progenitores, mientras que aumentan los sentimientos de ira (Rodríguez et al., 2009). Cuando los adolescentes crecen aumenta su deseo de independencia, alejándose del cuidado y control parental, aunque siguen siendo una importante fuente de apoyo y protección (Delgado et al., 2011).

Por último, respecto a la tercera hipótesis, los resultados señalan que el grado de afecto percibido por los adolescentes hacia sus padres está relacionado con el desarrollo de habilidades para identificar, comprender y manejar los sentimientos (Páez et al., 2006). Además, se ha observado relación entre la IE y el apego a los iguales en la adolescencia (Extremera et al., 2004; Salguero et al., 2010), quienes presentan mayores niveles de IE también informan de mejores relaciones con los iguales.

En futuras investigaciones, sería necesario un muestreo probabilístico, incluir múltiples informadores y medidas objetivas y realizar un diseño longitudinal para esclarecer la naturaleza de las relaciones entre las variables estudiadas.

La utilidad práctica de este trabajo es el desarrollo de programas para la mejora de las destrezas emocionales y las relaciones con los iguales (Salguero et al., 2010). Así como programas que aumenten las habilidades parentales para establecer un apego seguro con sus hijos.

### **Agradecimientos**

La presente investigación se ha realizado como parte del proyecto “*Potenciar el bienestar psicológico y la convivencia escolar en adolescentes a través de la educación en emociones: estudio longitudinal*” (PSI2013-43943-R) subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

### **Referencias**

- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Aritzeta, A., Gallarin, M., y Haranburu, M. (2014). Dimensiones del apego en la adolescencia: adaptación al euskera del Inventario de Apego de Progenitores y Pares (IPPA). *Estudios de Psicología*, 35(2), 359-386. Doi: 10.1080/02109395.2014.922254
- Armsden, G., y Greenberg, M. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological wellbeing in adolescence. *Interamerican Journal of Psychology*, 16(5), 427-454.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (vol. 1). Nueva York: Basic Books.
- Delgado, I., Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27(1), 155-163.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91(1), 47-59.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15(2), 117-137.

- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report*, 94(3), 47-59.
- Guerra, J. (2013). *Inteligencia emocional, apego y felicidad en adolescentes. Un estudio intercultural entre España y Argentina* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura. Recuperado de <http://dehesa.unex.es/xmlui/handle/10662/718>
- Inglés, C.I., Torregrosa, M.S., García-Fernández, J.M., Martínez-Monteagudo, M.C., Estévez, E., y Delgado, B. (2014). Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), 29-40.
- Laible, D., Carlo, G., y Raffaelli, M. (2000). The differential impact of parent and peer attachment on adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 45-59.
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K.A., Chronis-Tuscano, A., Pine, D.S., Henderson, H.A., y Fox, N.A. (2015). Infant attachment security and early childhood behavioral inhibition interact to predict adolescent social anxiety symptoms. *Child Development*, 86(2), 589-613.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Luyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción psicológica*, 8(2), 55-65.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e Inteligencia Emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 319-341.
- Pena, M., Extremera, P., y Rey, L. (2011). El papel de la Inteligencia Emocional percibida en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(1), 69-79.
- Perea, J. M., y Fernández-Berrocal, P. (2009). Relación de Inteligencia Emocional con tabaco y otras sustancias adictivas. Presentado en *I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*. Fundación Marcelino Botín: Santander.
- Rodríguez, M. A., Barrio, M.V., y Carrasco. M.A. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología*, 2, 10-18.
- Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., Balluerka, N., y Aritzeta, A. (2010). Measuring perceived emotional intelligence in the adolescent population: Psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Social Behavior and Personality*, 38(9), 1197-1210.
- Samper, P., Cortés, M., Mestre, V., Nácher, M. y Tur, A. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory (Schaefer, 1965) a población española. *Psicothema*, 18, 263-271.
- Sánchez-Queija, I. y Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 71-86.
- Wols, A., Scholte, R.H.J., y Qualter, P. (2015). Prospective associations between loneliness and emotional intelligence. *Journal of Adolescence*, 39, 40-48.

## EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COMBINADA EN LA MEJORA DEL CLIMA FAMILIAR DE NIÑOS CON TDAH

Laura Amado<sup>1\*</sup>, Sonia Jarque<sup>\*\*</sup> y M<sup>a</sup> Jesús Caurcel<sup>\*\*\*</sup>

*\*Universitat Abat Oliba-CEU- Barcelona; \*\*Universitat de Barcelona;  
\*\*\*Universidad de Granada*

**RESUMEN.** Antecedentes. La importancia del clima familiar para el buen desarrollo psicológico y emocional de los hijos es especialmente importante en los niños con trastornos del desarrollo como el TDAH. En este caso, la familia es un elemento esencial, junto con los profesores, no sólo en la detección del problema, sino por la relación bidireccional que se da entre la familia y el niño con TDAH. Por un lado, la sintomatología de este trastorno repercutirá en la dinámica familiar, y a su vez ésta puede influir en el niño de manera que mejorará, mantendrá o aumentará la sintomatología. Método. El objetivo es analizar los efectos de una intervención combinada (psicosocial y farmacológica) en la mejora del clima familiar de los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Fueron seleccionados 20 niños con TDAH, recibiendo la mitad de ellos un tratamiento farmacológico y la otra mitad un tratamiento que combinada el farmacológico con la intervención psicosocial centrada en el contexto familiar. La intervención familiar se realizó grupalmente en la escuela de los alumnos, en sesiones de dos horas de duración y con una periodicidad mensual. Resultados. Eficacia superior del grupo combinado en la mayoría de variables del clima familiar en comparación con el grupo farmacológico. Concretamente en su nivel de cohesión, expresividad, autonomía, organización, participación en actividades sociales y en el grado de control. Conclusiones. El tratamiento farmacológico implementado como único tratamiento no produce mejoras en las relaciones familiares, que sí suelen mejorar con una aproximación multimodal o combinada.

*Palabras clave:* TDAH, intervención farmacológica, intervención combinada, intervención familiar.

**ABSTRACT.** Background. The importance of the family environment for the healthy psychological and emotional development of children is especially significant for children with developmental disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In this example, the family is a vital factor –along with teachers– not only in the detection of the disorder but also for the bidirectional relationship that exists between the family and ADHD child. The symptomology of the disorder affects the family dynamic, which in turn can lead the child to improve, maintain or increase symptomology. Method. The aim was to analyse the effects of a

<sup>1</sup>Correspondencia: Laura Amado. Universitat Abat Oliba-CEU - Barcelona. C/ Bellesguard, 30. Barcelona. E-mail: lamadol@uao.es

combined intervention (psychosocial and pharmacological) on the improvement of the family environment of children with ADHD. 20 ADHD children were selected, half of whom received a drug-only treatment, with the other half receiving a treatment that combined the pharmacological treatment with a family-centred psychosocial intervention. The family intervention took place in groups in monthly 1.5-hour sessions in the child's school. Results. Greater efficacy was observed in the combined group in most family environment variables compared to the drug-only group, specifically in the child's level of coherence, expression, autonomy, organisation, participation in social activities and degree of control. Conclusions. The drug-only treatment did not produce any improvements in family relationships. These were, however, improved with a multimodal or combined treatment.

*Keywords:* ADHD, pharmacological intervention, combined intervention, family intervention.

### **Introducción**

Un contexto de relevancia incuestionable en el desarrollo del niño es la familia, dentro del cual podemos subrayar el clima familiar como uno de los factores de mayor importancia en su ajuste psicosocial (Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009). El clima familiar ha demostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes (Zimmer-Gembeck y Locke 2007).

La importancia del clima familiar para el buen desarrollo psicológico y emocional de los hijos es especialmente importante en los niños con trastornos del desarrollo como el TDAH. Por un lado, la sintomatología de este trastorno repercutirá en la dinámica familiar, y a su vez ésta puede influir en el niño de manera que mejorará, mantendrá o aumentará la sintomatología.

La mayoría de investigaciones coinciden en resaltar que los padres de niños con TDAH suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, insatisfacción con su rol parental y desconfianza en sus habilidades como padres (Miranda y García, 2007). Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su rol como padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria (McLaughlin y Harrison, 2006). Además, cuando se comparan con los padres de niños sin TDAH se sienten más deprimidos y consideran que su función de padres les limita y condiciona en gran manera su tiempo personal (Escobar et al., 2005).

Teniendo en mente las anteriores consideraciones resulta evidente la necesidad de intervenir no sólo directamente en los síntomas nucleares que presenta el niño con TDAH sino también paralelamente en el contexto familiar donde éste se desarrolla. Los programas de entrenamiento para padres en técnicas conductuales han sido apoyados de forma consistente a través de diferentes estudios, considerándose un tratamiento de primera elección para los problemas cotidianos del comportamiento infantil, ya que supone un abordaje eficiente de esta problemática (Sanders, 2002).

## Método

El objetivo de esta investigación es comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

### *Participantes*

Participaron dos muestras relacionadas: un grupo de niños con TDAH y sus familias. La mitad de cada muestra recibió un tratamiento de tipo farmacológico y la otra mitad un tratamiento de tipo combinado (tratamiento farmacológico y psicosocial). A continuación, describiremos las características sociodemográficas de cada una de ellas.

Para la selección de la muestra de niños con TDAH, se contó con la colaboración de los equipos psicopedagógicos de cuatro escuelas de la provincia de Barcelona. El diagnóstico se obtuvo mediante un análisis comprehensivo de la información obtenida en una entrevista evolutiva a la familia, de la trayectoria académica, personal y social de los alumnos, con la administración de cuestionarios de estimación de TDAH a los padres y maestros de los alumnos, mediante pruebas neuropsicológicas de atención e impulsividad junto con las observaciones directas realizadas en el aula.

Un total de 20 niños con TDAH participaron en la investigación, cuyas características sociodemográficas aparecen descritas en la tabla 1.

Tabla 1

*Características sociodemográficas de la muestra de niños con TDAH*

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>GRUPO FARMACOLÓGICO</b>	<b>GRUPO COMBINADO</b>
<b>Edad</b>		
7 años	3 (30%)	3 (30%)
8 años	4 (40%)	4 (40%)
9 años	3 (30%)	3 (30%)
<b>Edad media</b>	7.6	7.8
<b>Sexo</b>		
Niños	8 (80%)	9 (90%)
Niñas	2 (20%)	1 (10%)

La muestra de padres se componía por 40 personas, los 20 padres y las 20 madres de los niños con TDAH descritos anteriormente. La mitad de las parejas formaron la muestra del grupo de farmacológico, y la otra mitad la muestra del grupo combinado. En la tabla 2 pueden observarse las características sociodemográficas de cada uno de los grupos.

Tabla 2

*Características sociodemográficas de la muestra de padres y madres*

CARACTERÍSTICAS	GRUPO FARMACOLÓGICO	GRUPO COMBINADO
<b>Edad media</b>	37.5	39.3
<b>Sexo</b>		
<b>hombres</b>	10 (50%)	10 (50%)
<b>mujeres</b>	10 (50%)	10 (50%)
<b>Número de hijos</b>		
<b>Media</b>	2,1	2,5
<b>Nivel de estudios</b>		
<b>Graduado</b>	2 (10%)	4 (20%)
<b>Bachiller</b>	5 (25%)	8 (40%)
<b>Diplomatura</b>	9 (45%)	6 (30%)
<b>Licenciatura</b>	4 (20%)	2 (10%)

*Instrumento de Evaluación*

La *Escala de Clima Social: Familia* de Moos, Moos y Trickett, (adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989).

Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales: relaciones, desarrollo, estabilidad (ver gráfico 1).

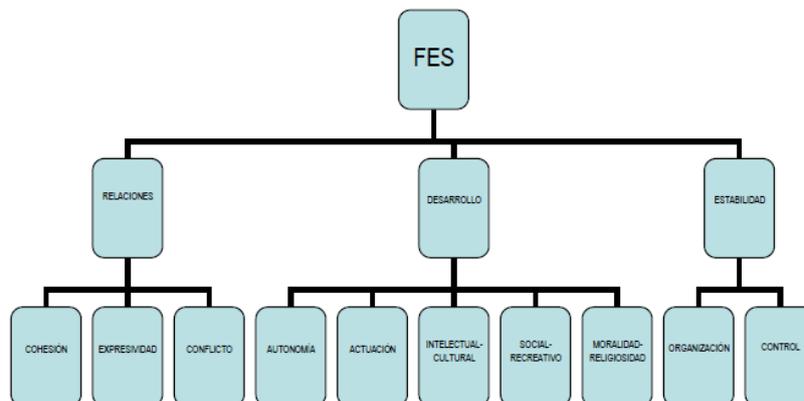


Gráfico 1. Escala de Clima Social de la Familia (FES).

*Procedimiento*

**Intervención Farmacológica**

Todos los niños de la muestra iniciaron el tratamiento prescrito por sus pediatras a inicio de curso, descansando de éste los fines de semana.

**Programa psicoeducativo grupal para padres y madres**

El programa de intervención familiar se desarrolló a lo largo de un curso académico, durante nueve encuentros de dos horas de duración, con una periodicidad mensual. El horario se ajustó a las preferencias de los padres y madres (20.00 h.) y en el colegio de sus hijos, para tratar de conciliar todo lo posible la intervención con sus horarios laborales y familiares. Todas estas condiciones favorecieron enormemente la asistencia de los participantes (97%).

La intervención se planteó a largo plazo, durante todo un curso escolar, y mensualmente por dos motivos. Por un lado, porque teniendo en cuenta que estamos interviniendo sobre el funcionamiento de niños y en su contexto natural, éste varía enormemente de un periodo del curso a otro. Por otro lado, si nuestro principal objetivo es lograr cambiar el funcionamiento familiar de los padres y madres de estos niños con TDAH, es necesario que haya tiempo suficiente para asimilar, poner en práctica, revisar, cuestionar, automatizar... las orientaciones y estrategias que se proponen y comparten en la intervención. De esta forma, los padres y madres pueden ir planteando en el grupo las diversas situaciones problemáticas que han sucedido en el último mes tanto en casa como en la escuela y pueden ir aplicando y revisando las estrategias que reciben en el grupo con el tiempo suficiente para asimilarlas y que se produzcan cambios significativos.

El programa de intervención grupal para padres y madres se divide en seis bloques temáticos con diferentes objetivos y tareas específicas en cada uno de ellos (Jarque y Amado, 2010).

#### *Diseño*

De acuerdo con el objetivo de la investigación elaboramos un diseño cuasi-experimental mixto (entre-grupos e intra-grupos), realizando evaluaciones en las fases de pretratamiento y de postratamiento.

### **Resultados**

En la fase de pretratamiento, como aparece reflejado en la tabla 3, no aparecen diferencias significativas en la percepción del clima familiar entre los dos grupos de tratamiento. Únicamente en dos variables aparecen diferencias significativas a favor del grupo farmacológico. Concretamente, en el grado de participación en actividades sociales y recreativas (*Social-recreativa*. Z: -3,147; p: .002\*\*) y en el grado en que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (*Control*. Z: -2.971; p: .003\*\*).

Tabla 3

*Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de pre-tratamiento*

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
<b>RELACIONES</b>	CO	45,25	3,58	48,1	3,8	-,269	,788
	EX	41,95	8,77	48,9	4,1	-,139	,889
	CT	67,75	8,2	23,5	6,2	-,565	,572
<b>DESARROLLO</b>	AU	46,65	8,82	63,7	4,3	-1,488	,137
	AC	53,3	7,40	58	4,7	-,558	,577
	IC	50,15	7,87	45,7	4,6	-,725	,469
	SR	49,75	3,27	36,4	3,9	-3,147	,002**
	M	56,80	6,10	57,8	5,1	-,714	,475
<b>ESTABILIDAD</b>	R						
	OR	33,10	5,59	50,9	5,2	-1,745	,081
	CN	52,00	4,12	48,1	3,8	-2,971	,003**

\*\*p < .01 \*p < .05

En la fase de postratamiento, el grupo combinado obtiene unos resultados significativamente superiores a los del grupo farmacológico en la mayoría de las variables del clima familiar (tabla 4 y gráfico 2). Concretamente, en *cohesión* ( $Z = -5.383$ ,  $p = ,000^{**}$ ); *expresividad* ( $Z = -4.503$ ,  $p = ,000^{**}$ ); *autonomía* ( $Z = -5.057$ ,  $p = ,000^{**}$ ) y *organización* ( $Z = -5.454$ ,  $p = ,000^{**}$ ). También en las variables *social-recreativa* ( $Z = -5.435$ ,  $p = ,000^{**}$ ) y *control* ( $Z = -5.426$ ,  $p = ,000^{**}$ ) se obtienen mejoras significativamente superiores en el grupo combinado, a pesar de que en el pretest fueron mayores significativamente en el grupo farmacológico.

Tabla 4

*Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento*

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
<b>RELACIONES</b>	CO	43,45	3,51	57,8	4,8	-5,383	,000**
	EX	44,55	5,50	55,1	5,9	-4,503	,000**
	CT	66,85	15,48	73,5	4,3	-1,772	,076
<b>DESARROLLO</b>	AU	45,90	8,73	64,6	5,2	-5,057	,000**
	AC	52,70	6,44	55,6	4,8	-1,579	,114
	IC	49,45	7,66	52,8	4,09	-1,175	,240
	SR	49,45	3,13	64,8	6,1	-5,435	,000**
	MR	57,10	5,59	53,2	6,1	-1,835	,067
<b>ESTABILIDAD</b>	OR	32,50	4,71	49,8	4,5	-5,454	,000**
	CN	50,80	2,82	64,8	5,0	-5,426	,000**

\*\*p < .01 \*p < .05

Por otra parte, aunque las puntuaciones medias son superiores en el grupo combinado, no aparecen diferencias significativas con el grupo farmacológico en las variables de *conflicto*, *actuación*, *intelectual-cultural* y *moralidad-religiosidad*.

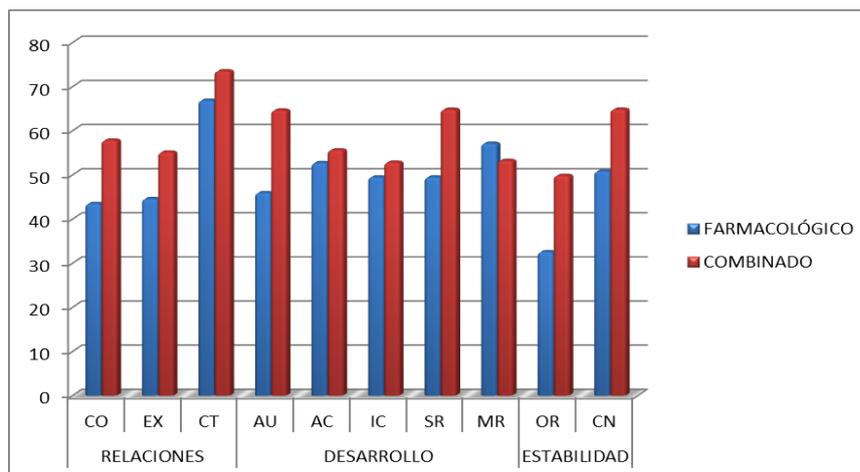


Gráfico 2. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento.

### Discusión/Conclusiones

Coincidiendo con los resultados de otras investigaciones (Chronis, Jones y Raggi, 2006) en nuestro estudio la *intervención farmacológica* se mostró insuficiente para mejorar el funcionamiento familiar.

Estos resultados son muy interesantes de cara a la práctica clínica y educativa, de forma que en las familias cuyos hijos son tratados únicamente con medicación, con el paso del tiempo, pueden empeorar su grado de cohesión y organización familiar.

Constituye un asunto que tiene trascendencia, ya que como han constatado algunas investigaciones, un clima familiar con bajos niveles de cohesión, afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos, tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales (Lambert y Cashwell, 2003). Dada la alta asociación que se da desgraciadamente entre el TDAH y los problemas de conducta, en los niños con TDAH tiene especial relevancia el desarrollo de un clima familiar positivo y cohesionado, que provea de estructura, apoyo, y estabilidad al niño.

Además, las investigaciones sobre factores protectores o factores de resiliencia, cada vez más investigados en el campo de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, y más concretamente en el TDAH (Nigg, Nikolas, Friderici, Park y Zucher, 2007; Regalla, Rodrigues y Serra-Pinheiro, 2007), evidencian que una adecuada estructuración familiar se asocia con personas capaces de superar mejor las dificultades, pudiéndose asociar a un menor riesgo o un pronóstico más favorable en los niños con TDAH.

Por el contrario, un clima familiar poco cohesionado puede ser un factor de riesgo que interactúe con la predisposición del niño y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad (Miranda, García y Presentación, 2002).

Los resultados obtenidos tras la aplicación del programa de intervención psicoeducativo grupal para padres arrojan resultados muy positivos y esperanzadores con importantes repercusiones para la práctica clínica y educativa. El grupo de padres y madres del tratamiento combinado percibió una mejora muy significativa en su Clima Familiar tanto en las Relaciones como en el Desarrollo y en la Estabilidad de la familia.

Dada la escasez de estudios debidamente controlados que hayan analizado la eficacia de intervenciones combinadas sobre el clima familiar, por el momento resulta

difícil contrastar los resultados obtenidos por el presente estudio con investigaciones previas. En uno de los mejores estudios realizados sobre este tópico hasta la fecha, la investigación del MTA Cooperative Group (1999), también encontraron que el tratamiento combinado lograba mejorar las relaciones entre los padres y los niños, así como en la reducción de la dureza e ineficacia en el trato de los padres hacia sus hijos. La intervención combinada ayudó a las familias a manejar a sus hijos con TDAH de forma más efectiva y a realizar las acomodaciones necesarias en sus vidas para mejorar el funcionamiento de la familia. Los cambios en las actitudes de los padres, así como en las prácticas disciplinarias utilizadas, consiguieron mejorar los problemas en el contexto familiar. Asimismo en este mismo estudio constataron que el tratamiento farmacológico implementado como único tratamiento no producía mejoras en las relaciones familiares, que sí suelen mejorar con una aproximación multimodal o combinada.

### Referencias

- Chronis, A., Jones, H. y Raggi, V. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 26*, 486-502.
- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervás, A., Gastaminza, X., Poliavieja, P. y Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics, 116*, 364-369.
- Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1989). *Escala de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar. Manual: Investigación y publicaciones psicológicas*. Tea Ediciones, S.A.
- Jarque, S., y Amado, L. (2010, Octubre). *Propuesta de un programa de intervención grupal para promover habilidades de resiliencia en padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Presentado en I Congreso Europeo de Resiliencia. Crecer desde la Adversidad. Universidad Autónoma. Barcelona.
- Lambert, S. F., y Cashwell, C. S. (2003). Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families, 11*, 1-7.
- McLaughlin, D., y Harrison, C. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 82-8.
- Miranda, A., García, R., y Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología, 34*, 91-97.
- Miranda, A. y García, R. (2007, Septiembre). *Familias con hijos TDAH*. Presentado en I Jornadas sobre TDAH. Estepona, España.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., y Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 1*, 123-136.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073-1086.

- Nigg, J. T., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L. y Zucher, R. A. (2007). Genotype and Neuropsychological Response Inhibition as Resilience Promoters for ADHD, ODD, and CD under Conditions of Psychosocial Adversity. *Developmental Psychopathology*, 19(3), 767–786.
- Regalla, M. A., Rodrigues, G. P. y Serra-Pinheiro, M. A. (2007). Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 45-49.
- Sanders, M. R. (2002). Una estrategia de intervencion conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. E. Caballo, y M. A. Simon (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 387-415). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zimmer-Gembeck, M. J. y Locke, E. M. (2007). The socialization of adolescent coping: relationships al home and school. *Journal of Adolescence*, 30, 1-16.

## PERSONALIDAD, POSITIVIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO

Beatriz Vallejo-Sánchez<sup>1\*</sup> y Ana M. Pérez-García<sup>\*\*</sup>

*\*Dra. Psicología. Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España; \*\*Dra. Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España*

**RESUMEN.** Antecedentes: Según numerosos estudios, la personalidad y las estrategias de afrontamiento utilizadas constituyen algunos de los principales factores predictivos de psicopatología en situaciones vitales estresantes. Estas variables, sin embargo, han sido poco investigadas en pacientes con trastorno adaptativo (TA). Método: Se analizaron las diferencias entre un grupo de pacientes con TA (N=80) y un grupo control (N=80) en personalidad (Cinco Grandes factores y positividad) y afrontamiento; y segundo, se estudió si esas variables podían predecir la presencia de un TA. Resultados: El grupo clínico presentó mayores puntuaciones en neuroticismo y menores en extraversión, afabilidad y positividad. Así mismo, utilizó en mayor medida estrategias de falta de compromiso y en menor medida estrategias de compromiso y humor. Además, la presencia de un TA se podía predecir correctamente en el 88% de los casos a partir de las variables medidas. Conclusiones: Tanto la personalidad como el afrontamiento resultaron factores de riesgo relevantes para el desarrollo de TA.

*Palabras clave:* Personalidad, positividad; afrontamiento; estrés; trastorno adaptativo.

**ABSTRACT.** Introduction: Numerous studies have found that both personality and coping strategies used regarding stress play an important role in the development of mental health problems. However, these variables have been little investigated in patients with Adjustment Disorders (AD). Method: Firstly, we analyze the differences in personality (Big Five dimensions and positivity) and coping between the clinical (N=80) and control group (N=80). Secondly, we study whether these variables could predict the presence of an AD. Results: The clinical group showed greater neuroticism and less extraversion, agreeableness and positivity. Furthermore, the clinical group used more disengagement strategies, and less engagement and humor strategies. The presence of AD were predicted with an 88% of success rate. Conclusions: Both personality and coping were relevant risk factors for the development of AD.

*Keywords:* Personality, positivity, coping, stress, adjustment disorder.

<sup>1</sup>Correspondencia: Beatriz Vallejo-Sánchez. Unidad de Salud Mental. Centro de Salud I Barataria, Planta baja. Avenida Primero de Mayo, 32, 13500 Puertollano, Ciudad Real (España). E-mail: bvallejo@sescam.jccm.es

## Introducción

A lo largo de la vida las personas experimentamos múltiples situaciones estresantes que pueden dar lugar a problemas de adaptación superiores a lo esperable o un malestar excesivo que puede requerir de ayuda o tratamiento. Un diagnóstico muy frecuente ante esta situación es el de reacción adaptativa o trastorno adaptativo (TA, en adelante), caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales variados en respuesta a un estresor identificable (American Psychiatric Association [APA], 2000). No obstante, hay una notable escasez de trabajos de investigación con muestras con este diagnóstico (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001), a lo que probablemente han contribuido las diferentes controversias existentes en torno a esta categoría, con criterios vagos y escasamente definidos que dificultan su diferenciación con otros trastornos mentales y con la normalidad.

Algunos de los factores más consistentemente asociados al desarrollo de psicopatología, y de TA en particular, son la personalidad y el afrontamiento (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Mirnics et al., 2013; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015b), aunque no está clara la importancia relativa de cada uno. Dentro de la personalidad, que en los últimos años se ha estudiado principalmente desde el modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992), el neuroticismo es el rasgo más consistentemente asociado (Lahey, 2009; Widiger, 2009), aunque estudios recientes también han encontrado relaciones muy significativas de la salud mental con la positividad, un constructo recientemente desarrollado y entendido como la propensión de las personas a hacer valoraciones positivas sobre sí mismas, la vida y el futuro (Caprara et al., 2012; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a).

Por otro lado, también existe un gran consenso en cuanto a que las estrategias que el sujeto pone en marcha para afrontar al estrés juegan un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud mental (Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston, 2012), habiéndose encontrado en este caso también una influencia en el desarrollo de TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; 2015b).

Los objetivos de este estudio fueron, en primer lugar, analizar las diferencias en personalidad, positividad y afrontamiento entre un grupo con TA y otro control, y en segundo lugar, comprobar la capacidad predictiva de estas variables sobre la presencia de un TA.

## Método

### *Participantes*

El estudio fue realizado con 160 sujetos, divididos en dos grupos: un grupo clínico, constituido por 80 pacientes adultos que acudieron a una Unidad de Salud Mental (USM) en 2012, y fueron diagnosticados de TA en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (World Health Organization [WHO], 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000); y un grupo control de similar tamaño.

### *Instrumentos*

Se utilizaron los siguientes cuestionarios autoaplicados:

- *Big Five Inventory-44* (Benet-Martínez y John, 1998), que consta de 44 ítems y evalúa las Cinco Grandes dimensiones de personalidad (neuroticismo, extraversión, afabilidad, tesón y apertura a la experiencia). Muestra muy buenas propiedades psicométricas, con un  $\alpha$  de 0,71 (Rammstedt y John, 2007), similar al promedio obtenido en nuestro estudio.

- *Escala de Positividad* (Caprara et al., 2012), de 8 ítems, y que evalúa la positividad, presentando una estructura unidimensional y adecuadas propiedades psicométricas (Caprara et al., 2012), con índices de fiabilidad incluso superiores con nuestra muestra ( $\alpha=0,83$ ).

- *Brief COPE o COPE-28* (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008), de 28 ítems, que evalúa 14 estrategias diferentes de afrontamiento ante el estrés agrupadas en 5 tipos (obtenidos a través de análisis factorial, tal como recomienda el autor, y cuyo procedimiento ha sido descrito previamente en Vallejo-Sánchez y Pérez-García (2015<sup>a</sup>): afrontamiento de compromiso, de falta de compromiso, búsqueda de apoyo social, uso del humor, y religión. La fiabilidad promedio de los cinco factores fue adecuada ( $\alpha=0,80$ ).

### *Procedimiento y diseño*

Se trata de un estudio de tipo transversal y descriptivo, que fue realizado contando con la aprobación del comité de revisión institucional. Se realizaron análisis de diferencias entre variables a través de análisis multivariados de varianza de un factor, y análisis de la capacidad predictiva sobre la pertenencia al grupo clínico (es decir, la presencia de un TA) a través de regresión logística binaria, incluyendo variables sociodemográficas significativas (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; 2015b).

## **Resultados**

A) *Análisis de las diferencias en personalidad y afrontamiento entre los grupos* (Tabla 1).

El primer análisis mostró que las distintas dimensiones de personalidad (los Cinco Grandes y la positividad) fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,61$ ;  $F_{(6,153)}=16,04$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,39$ ). En concreto, el grupo clínico, mostró menor extraversión y positividad que el control, y mayor neuroticismo, siendo el tamaño del efecto pequeño en el primer caso, y moderado en el caso de la positividad y el neuroticismo. No hubo diferencias en los factores de afabilidad, tesón y apertura.

El segundo análisis mostró que las distintas estrategias de afrontamiento fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,77$ ;  $F_{(5,154)}=9,29$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,23$ ). El grupo clínico recurría en mayor medida a estrategias de falta de compromiso, y en menor medida al humor y al afrontamiento de compromiso, siendo en los dos primeros casos el tamaño del efecto entre leve y moderado, y pequeño en el caso del uso del compromiso. En el resto de estrategias las diferencias no resultaron significativas.

Tabla 1

*Resultados de los análisis de las diferencias entre grupo clínico y control en personalidad (Cinco Grandes y positividad) y afrontamiento: Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y ANOVA (N=160)*

	Grupo clínico (N=80)	Grupo control (N=80)	F	$\eta^2_p$
Extraversión	24,46 (6,02)	27,46 (5,04)	11,69**	0,07
Neuroticismo	27,60 (5,80)	19,01 (6,83)	73,44***	0,32
Afabilidad	33,88 (4,40)	35,68 (5,14)	5,66*	0,04
Tesón	32,33 (5,44)	33,35 (5,84)	1,29	0,01
Apertura	32,91 (7,13)	34,13 (5,82)	1,42	0,01
Positividad	21,86 (5,14)	28,400 (5,90)	55,82***	0,26
Compromiso	1,79 (,68)	2,02 (,50)	5,59*	0,03
Apoyo	1,86 (,81)	1,84 (,79)	0,02	0,00
Falta de compromiso	1,08 (,53)	,68 (,45)	26,04***	0,14
Humor	,62 (,86)	1,21 (,93)	17,54***	0,10
Religión	,94 (1,02)	1,04 (1,08)	0,32	0,00

Notas: (1) \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; (2)  $\eta^2_p$  para calcular el tamaño del efecto

*B) Análisis de la capacidad predictiva de las variables analizadas (personalidad, positividad, afrontamiento y sociodemográficas) sobre el grupo (Tabla 2).*

Inicialmente se realizaron análisis de regresión preliminares con el afrontamiento, la positividad y algunas variables sociodemográficas relevantes (edad, situación laboral, nivel educativo y económico) para analizar si se confirmaban los resultados de un estudio realizado recientemente con una muestra menor (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a). Se encontraron resultados similares, e igual que anteriormente, el modelo resultó significativo [ $\chi^2(10)=124,73$ ,  $N=160$ ,  $p < 0,001$ ], con índices  $R^2$  elevados [Cox y Snell=0,54; Nagelkerke=0,72], de forma que la combinación lineal de estas variables explicaban entre un 54 y 72% de la varianza. En concreto, se encontró que una baja positividad, bajo humor, alto uso de afrontamiento de falta de compromiso y de búsqueda de apoyo social, tener un menor nivel educativo y económico y estar parado predecían la pertenencia al grupo clínico. Así mismo, se predecía correctamente la pertenencia al grupo en el 88% del grupo clínico (70 de 80 sujetos) y en el 89% del control (71 de 80) a partir de las anteriores variables.

En segundo lugar, se realizaron análisis introduciendo como variables predictoras las Cinco Grandes dimensiones de personalidad junto a las variables sociodemográficas, y en este caso el modelo también resultó significativo [ $\chi^2(9)= 107,42$ ,  $N=160$ ,  $p < 0,001$ ], con índices  $R^2$  elevados [ $R^2$  Cox y Snell=0,49;  $R^2$  Nagelkerke=0,65]. En este caso, se predecía correctamente el 86% del grupo control (69 de 80) y el 85% del clínico (68 de 80), resultando predictoras significativas de la pertenencia al grupo clínico un alto neuroticismo y tesón, estar en paro, y tener menor edad y nivel educativo.

Por último, en el tercer análisis de regresión se consideraron conjuntamente todas las variables de afrontamiento, personalidad (Cinco Grandes y positividad), y sociodemográficas, resultando el modelo igualmente significativo [ $\chi^2(15) =137,17$ ,  $N=160$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2$  Cox y Snell=0,55;  $R^2$  Nagelkerke=0,74]. La capacidad predictiva fue algo superior a la anterior, del 89% en el grupo clínico (71 de 80) y del 88% en el control (70 de 80), perdiendo en este caso los Cinco Grandes su significación, y resultando predictoras de la pertenencia al grupo clínico: alto uso del afrontamiento de

falta de compromiso y de apoyo, bajo uso del humor, baja positividad, estar en paro y un bajo nivel educativo.

Tabla 2

*Resultados de los análisis de regresión sucesivos sobre la pertenencia al grupo en la muestra total (N=160)*

Primer análisis				
Predictoras: afrontamiento, positividad y sociodemográficas	Coef.	Error estándar	Chi <sup>2</sup> Wald	Odds Ratio
Positividad	-0,26	0,06	18,80***	0,77
Afrontamiento de Humor	-0,53	0,17	10,41**	0,59
Afrontamiento de Apoyo	0,36	0,12	9,19**	1,43
Afrontamiento de Falta compromiso	0,22	0,08	7,57**	1,24
Situación Laboral (no activa)	2,49	0,60	17,16***	12,08
Nivel Educativo	-0,80	0,43	3,49 <sup>o</sup>	0,45
Nivel económico	-1,30	0,67	3,76*	0,27
Segundo análisis				
Predictoras: “Cinco Grandes” y sociodemográficas.	Coef.	Error estándar	Chi <sup>2</sup> Wald	Odds Ratio
Tesón	0,10	0,05	4,04*	1,10
Neuroticismo	0,22	0,04	25,67***	1,25
Situación laboral (no activa)	1,83	0,49	13,95***	6,25
Edad	-0,05	0,02	4,54*	0,96
Nivel educativo	-1,23	0,40	9,76**	0,29
Tercer análisis				
Predictoras: Afrontamiento, positividad, “Cinco Grandes” y sociodemográficas	Coef.	Error estándar	Chi <sup>2</sup> Wald	Odds Ratio
Afrontamiento de Falta de compromiso	0,18	0,09	4,36*	1,20
Afrontamiento de Apoyo	0,36	0,12	9,33**	1,44
Afrontamiento de Humor	-0,38	0,18	4,53*	0,68
Positividad	-0,20	0,08	6,82**	0,82
Situación laboral (no activa)	2,36	0,64	13,55***	10,57
Nivel educativo	-1,01	0,47	4,69*	0,27

Nota: <sup>o</sup> p<0,07 \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

### Discusión/Conclusiones

El objetivo de este estudio fue profundizar en el conocimiento de los factores de vulnerabilidad personal para el desarrollo de psicopatología, en concreto de los TA.

En primer lugar, con respecto a la personalidad, se encontró que las personas con TA presentaban mayores puntuaciones en neuroticismo y menores en extraversión y afabilidad, resultando compatible con lo encontrado en la literatura previa, que considera la personalidad como un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de psicopatología, especialmente el neuroticismo (Lahey, 2009; Malouff et al., 2005; Widiger, 2009). Los estudios específicos con personas diagnosticadas de TA son muy escasos, aunque van en la misma línea (For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching, 2002; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015b). En cuanto a la positividad, los datos, aún escasos, apuntan a que es un predictor importante del bienestar y la salud, relacionándose

negativamente con la presencia de síntomas depresivos (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012; Caprara et al., 2012), y de TA en particular (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a).

En segundo lugar, con respecto al afrontamiento, el grupo clínico utilizó el afrontamiento de falta de compromiso y de búsqueda de apoyo en mayor medida que el grupo control, y el humor en menor medida, siendo por tanto el afrontamiento de los sujetos con TA en general más desadaptativo. Este resultado resulta coherente con lo encontrado en la literatura previa, que en general ha encontrado que las conductas de afrontamiento orientadas hacia la fuente de estrés (afrontamiento de compromiso), para intentar manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, resultan más adaptativas y se relacionan con una mejor salud mental, mientras que el afrontamiento que busca distanciarse del estresor o sentimientos relacionados (afrontamiento de falta de compromiso), hace a los sujetos más propensos al desarrollo de trastornos psicopatológicos, especialmente ansiosos y depresivos (Carver y Connor-Smith, 2010; Li et al., 2012; Marín, Palacio, Orrego y Aguirre, 2008). También hay estudios que relacionan el afrontamiento con el desarrollo de TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a; 2015b).

Y por último, y en consonancia con la investigación previa (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés, 2004; Mazokopakis et al., 2002), los factores sociodemográficos también resultaron factores de predicción significativos del desarrollo de TA (especialmente estar en paro), que además de suponer factores de estrés en sí mismos, se relacionan con el afrontamiento, en cuanto que las personas que no trabajan y aquellas con menos edad, nivel educativo o económico, disponen de menos recursos para enfrentarse a las dificultades.

En conclusión, las estrategias de afrontamiento y algunas características de personalidad como la positividad pueden considerarse factores de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental tras una vivencia estresante, por lo que deben ser consideradas tanto en la evaluación como en el desarrollo de estrategias preventivas o de intervención.

En cuanto a las limitaciones, se trata de un estudio correlacional por lo que no pueden establecerse relaciones de causalidad; se utilizan únicamente medidas de autoinforme retrospectivas, con los sesgos que éstas implican (Gärling y Gamble, 2012); y por último, no se han considerado otras posibles variables psicosociales importantes que pueden predisponer al desarrollo de un trastorno adaptativo (p.ej. características personales o de los estresores).

### Referencias

- Alessandri, G., Caprara, G. V., y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, *17*, 44-54. doi: 10.1027/1016-9040/a000070
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., y Cortés, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 24-35. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138>
- Benet-Martínez, V., y John, O. P. (1998). *Los Cinco Grandes* across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750. doi:10.1037/0022-3514.75.3.729
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., et al. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712. doi: 10.1037/a0026681
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S., y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481. doi: 10.1192/bjp.179.6.479
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- For-Wey, L., Fei-Yin, L., y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167, 678-682.
- Gärling, T., y Gamble, A. (2012). Influences on current mood of eliciting life-satisfaction judgments. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to Furthering Research and Promoting Good Practice*, 7, 219-229. doi: 10.1080/17439760.2012.674547
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256. doi: 10.1037/a0015309
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139, 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.055
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. y Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114. doi:10.1007/s10862-005-5384-y
- Marín, C. A., Palacio, Y. J., Orrego, Y., y Aguirre, D. C. (2008). Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín (Colombia). *International Journal of Psychological Research*, 1, 31-40. Recuperado de <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/421/412>
- Mazokopakis, E. E., Vlachonikolis, I. G., Sgantzios, M. N., Polychronidis, I. E., Mavreas, V. G. y Lionis, C. D. (2002). Mental distress and sociodemographic variables: A study of Greek warship personnel. *Military Medicine*, 167, 883-888.
- Mirnic, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A., et al. (2013). The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danuina*, 25, 379-88.
- Pérez-García, A. M. (2008). *Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos* (Versión española de la escala Brief-COPE de Carver 1997). Madrid: UNED.

- Rammstedt, B., y John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less. A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203-212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2015a). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología*, 31, 462-471. doi: 10.6018/analesps.31.2.176631
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2015b). The Role of Personality and Coping in Adjustment Disorder. *Clinical Psychologist*, 19(1). doi:10.1111/cp.12064
- Widiger, T. A. (2009). Neuroticism. En M.R. Leary y R.H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 129–146). Nueva York: Guilford.
- World Health Organization (WHO). (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th revision). Ginebra: WHO.

## VIOLENCIA DE USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT

**Bartolomé Llor-Esteban<sup>1\*</sup>, Cecilia López-García\*\*, José Antonio Ruiz-  
Hernández\*\*\* y Raquel Sánchez-García\*\*\*\***

*\*Departamento de Enfermería, Campus Universitario de Espinardo; \*\*Doctorando  
Universidad de Murcia; \*\*\*Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, Campus  
Universitario de Espinardo; \*\*\*\*Unidad de Psicología y Psiquiatría Forense, Campus  
Universitario de Espinardo*

**RESUMEN.** *Antecedentes:* La violencia de usuarios hacia profesionales sanitarios es considerada un agente predisponente del desarrollo de ciertas patologías psicolaborales como el síndrome de *burnout*, el cual se presenta como una respuesta al estrés laboral crónico. Los objetivos del presente estudio son: a) conocer la prevalencia anual de los diferentes tipos de violencia de usuarios; y b) comprobar la posible relación entre la exposición a violencia de usuarios y el *burnout* en profesionales de Atención Primaria de Salud. *Método:* se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo y comparativo mediante la aplicación de dos instrumentos de salud laboral. La muestra estuvo compuesta por 574 profesionales (personal médico, personal de enfermería y personal no sanitario) de Atención Primaria. Como instrumentos de evaluación se utilizaron la escala *HABS-U-PHC* y el *Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)* junto con un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado *ad hoc*. *Resultados:* El 90,1% de los profesionales ha experimentado violencia no física en el último año y el 17,3% violencia física. Ambos tipos de violencia de usuarios (violencia no física y violencia física) se correlacionan de manera significativa con las dimensiones de *agotamiento emocional* y *cinismo*. No se han obtenido relaciones significativas con la dimensión *eficacia profesional*. *Conclusiones:* Los profesionales de Atención Primaria se encuentran expuestos a violencia de usuarios, siendo la de tipo no físico la que se presenta con mayor frecuencia. Los resultados muestran que los diferentes tipos de violencia de usuarios se relacionan de manera significativa con algunos aspectos de la salud psicológica de los profesionales afectados.

*Palabras clave:* Agresión, Atención Primaria de Salud, Burnout, Violencia laboral, Violencia de usuarios.

**ABSTRACT.** Background: Users violence by health professionals is considered a predisposing agent to the development of certain laboral diseases such as burnout syndrome, which appears as a response to chronic job stress. The objectives of this study are: a) to know the annual prevalence of different types of violence of users; b) check the possible relationship between exposure to users violence and professional burnout in Primary

<sup>1</sup>Correspondencia: Bartolomé Llor-Esteban. Departamento de Enfermería, Campus Universitario de Espinardo, 30100 Murcia. E-mail: bllor@um.es

health care. Method: A non-experimental study of descriptive and comparative type was performed by applying two instruments occupational health. The sample was composed of 574 professionals (medical staff, nurses and non-medical personnel) of Primary health care. As the assessment instruments *HABS-U-PHC* and the *Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)* along with a questionnaire designed sociodemographic and labor variables were used ad hoc scale. Results: 90,1% of professionals has experienced not physical violence in the last year and 17,3% physical violence. Both types of violence of users (not physical violence and physical violence) correlated significantly with the dimensions of Burnout emotional exhaustion and cynicism. No significant relationships were obtained with professional effectiveness dimension. Conclusions: Primary health care professionals are exposed to violence of users, being not physical type, which occurs most frequently. The results show that different types of violence of users significantly associated with some aspects of psychological health professionals concerned.

*Keywords:* Workplace Violence, Users violence, Aggression, Primary Health care, Burnout.

### Introducción

La violencia laboral es definida como “*cualquier incidente en los que el trabajador sufre malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo y ponen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud*” (Organización Internacional del Trabajo [OIT], Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], Organización Mundial de la Salud [OMS] e Internacional de Servicios Públicos [ISP], 2002, p.3). En los últimos años se ha convertido en un problema mundial que, aunque afecta a todos los sectores y categorías profesionales, ha adquirido una enorme importancia en el sector sanitario debido a las características propias de este ámbito. Es en este sector donde se produce casi el 25% de todos los incidentes de violencia (OIT et al., 2002).

Según el tipo de agresión podemos distinguir entre violencia física (empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo empujones, mordiscos, pellizcos, bofetadas, patadas, palizas, puñaladas y tiros), y violencia psicológica o verbal (el uso deliberado del poder o amenazas de uso de la fuerza física contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, moral o social) que comprende el abuso verbal, la intimidación, el acoso y las amenazas (OIT et al., 2002).

Numerosos estudios sostienen que, en el ámbito sanitario, es mayor la prevalencia de violencia verbal (rango entre 43,5% y 92,1%) que la de violencia física (rango entre 7,9% y 19,9%) (El-Gilany, El-Wehady y Amr, 2010; Fisekovic, Trajkovic, Bjegovic-Mikanovic y Terzic-Supic, 2015; Galián-Muñoz, Llor-Esteban y Ruiz-Hernández, 2012; Skibeli-Joa y Morken, 2012); y es más frecuente la violencia procedente de usuarios o pacientes (Oztunc, 2006; Zampieron, Galeazzo, Turra y Buja, 2010).

La importancia del estudio de la violencia de los usuarios hacia los profesionales sanitarios no sólo radica en la frecuencia con la que ésta se presenta, sino también en la gravedad de las consecuencias que pueden derivarse de ella tanto en el ámbito personal como en el organizacional. Además de las lesiones físicas, pueden aparecer ciertas

patologías psicolaborales como el síndrome de *burnout* o síndrome del quemado, el cual hace referencia a un tipo de estrés laboral crónico y es definido como “*un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*” (Maslach y Jackson, 1986).

Los objetivos de este estudio son: a) conocer la prevalencia anual de los diferentes tipos de violencia de usuarios; y b) comprobar la posible relación entre la exposición a violencia de usuarios y el *burnout* en profesionales de Atención Primaria (AP).

## Método

### Participantes

La población de estudio estuvo compuesta por profesionales de AP de las distintas áreas de salud dependientes del Servicio Murciano de Salud (SMS). Siguiendo la organización interna de los Centros de AP, los profesionales se agruparon en tres colectivos: personal médico (general, de familia, pediatras y odontólogos), personal de enfermería (enfermeros, matronas y fisioterapeutas) y personal no sanitario (administrativos, auxiliar de enfermería y celadores).

La muestra estuvo compuesta por 574 profesionales de 39 Centros de AP seleccionados aleatoriamente del total de centros del SMS.

### Instrumentos

Se administraron dos escalas de salud laboral validadas y un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado *ad hoc*. A continuación se describen brevemente:

*Healthcare-workers' Aggressive Behaviour Scale -Users- Version Primary Healthcare (HABS-U-PHC)* de Ruiz-Hernández, López-García, Llor-Esteban, Galián-Muñoz y Benavente-Reche (2016). Evalúa la violencia de usuarios de baja y media intensidad hacia los profesionales del ámbito de atención primaria. Consta de 14 ítems ( $\alpha=.91$ ) distribuidos en dos factores: violencia no física (11 ítems con valor de  $\alpha=.92$ ) referida a los comportamientos violentos verbales y no verbales de los usuarios; y violencia física (3 ítems con  $\alpha=.68$ ). Todos los ítems se valoran con una escala tipo Likert de 6 niveles (desde “nunca” (1) a “diariamente” (6) en el último año) (Ruiz-Hernández et al., 2016).

*Maslach Burnout Inventory-GS (MSI-GS)* de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), en la versión española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000). Evalúa los niveles de *Burnout* mediante 16 ítems distribuidos en tres dimensiones: eficacia profesional (6 ítems) referida a la eficacia percibida en el desarrollo del trabajo; agotamiento emocional (5 ítems) que se refiere a la pérdida de recursos emocionales debido al trabajo; y cinismo (5 ítems) que refleja la indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo. Los sujetos valoran cada ítem con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado el ítem (desde 0=“nunca” hasta 6=“todos los días”). Los valores de alfa de Cronbach obtenidos según las diferentes dimensiones son de .73 para eficacia profesional, .90 para agotamiento emocional y .77 para cinismo (Ruiz-Hernández et al., 2016).

### Procedimiento

Para obtener la muestra se diseñó un muestreo aleatorio por conglomerados bietápico. Considerando el total de los trabajadores, un nivel de confianza del 95% y un

error asumido de  $\pm 3\%$ , se estimó un tamaño muestral de 510 profesionales de 39 centros. Se repartieron 670 protocolos al estimar una tasa de respuesta del 70%. Se llevaron a cabo reuniones con los coordinadores de los centros seleccionados donde se informó del estudio y se distribuyó aleatoriamente el protocolo de investigación a un tercio de cada grupo profesional. Se programaron visitas al centro para aclarar posibles dudas y para la recogida de los protocolos cumplimentados.

Cada participante recibía un cuestionario en un sobre. Una vez cumplimentado, se devolvería el sobre cerrado al personal del equipo de trabajo responsable de la recogida de los mismos. Los sobres únicamente eran abiertos por los miembros del equipo de investigación encargados de la elaboración de la base de datos. La participación fue voluntaria, asegurando la más estricta confidencialidad y anonimato de los datos recogidos.

Una vez recogida toda la muestra, se procedió al volcado de datos en hojas de lectura óptica para su posterior vaciado en una base de datos diseñada al efecto.

### Diseño

Se realizó una investigación con un enfoque no experimental de tipo descriptivo y comparativo (Ato, López y Benavente, 2013) mediante la aplicación de varios instrumentos de salud laboral.

### Resultados

Se entregaron un total de 670 cuestionarios y se recogieron 574 correctamente cumplimentados lo que supone una tasa de respuesta del 85,7%.

La edad de los participantes osciló entre 22 y 65 años siendo la edad media de 49,6 años ( $D.T=8,4$ ). La mayoría eran mujeres (68,1%), casadas o con pareja de hecho (72,6%), con contrato fijo (82,6%) y una antigüedad media en la profesión de 23,6 años ( $D.T=9,1$ ). El 38,9% de la muestra era personal médico, el 34% personal de enfermería y el 25,8% personal no sanitario.

En cuanto a la prevalencia de violencia por parte de los usuarios, se ha obtenido que el 90,2% de los profesionales de AP perciben conductas hostiles de los usuarios. El 90,1% de los trabajadores refirió haber estado expuesto a violencia no física con una frecuencia mínima anual. Respecto a la violencia física, el 17,3% de los profesionales sufrieron, en el último año, alguna de las manifestaciones de la escala.

Al analizar la posible relación entre las variables de estudio (Tabla 1), se ha obtenido que la violencia total se correlaciona directamente con las dimensiones del *burnout* agotamiento emocional ( $r= ,341$ ;  $p<,001$ ), cinismo ( $r= ,223$ ;  $p<,001$ ) y, de forma inversa, con eficacia profesional ( $r= -,087$ ;  $p<,05$ ). En cuanto al factor violencia no física, se ha obtenido que se relaciona de manera significativa con agotamiento emocional ( $r= ,328$ ;  $p<,001$ ) y con cinismo ( $r= ,224$ ;  $p<,001$ ). El factor violencia física se asocia significativamente con agotamiento emocional ( $r= ,135$ ;  $p<,01$ ) y cinismo ( $r= ,144$ ;  $p<,001$ ).

Tabla 1

*Correlación entre violencia de usuarios y dimensiones del Burnout*

	Agotamiento emocional	Cinismo	Eficacia Profesional
Violencia total	,341***	,223***	-,087*
Violencia no física	,328***	,224***	-,080
Violencia física	,135**	,144***	-,082

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

### Discusión/Conclusiones

La prevalencia anual de violencia laboral en el ámbito sanitario varía considerablemente debido a la multitud de indicadores de violencia física y no física y de escalas utilizadas para estudiar este fenómeno. Aun así, coincidimos con otros estudios en afirmar que, en AP, son más frecuentes las manifestaciones de tipo no físico (El-Gilany et al., 2010; Fisekovic et al., 2015; Koritsas, Coles, Boyle y Stanley, 2007). Las cifras de prevalencia anual tanto de violencia no física como de violencia física obtenidas en nuestro estudio concuerdan con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Alameddine, Mourad y Dimassi, 2015; El-Gilany et al., 2010; Zafar, Khan, Siddiqui, Jamali y Razzak, 2015) donde el rango de violencia no física oscila entre el 43,5% y 92,1% y el de violencia física entre 7,9% y 19,9%.

Al igual que en otros estudios (Hanson, Perrin, Moss, Laharnar y Glass, 2015; Roldán, Salazar, Garrido y Ramos, 2013), hemos obtenido que existe una interrelación entre el fenómeno de la violencia de usuarios y el síndrome de *burnout*. Encontramos que tanto la violencia no física como la violencia física se asocian de manera significativa con el agotamiento emocional y con el cinismo, por lo que, los profesionales expuestos a cualquier tipo de violencia por parte de los usuarios son más propensos a obtener puntuaciones mayores en dichas dimensiones del *burnout* (Erdur et al., 2015; Galián-Muñoz, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban y López-García, 2014). En este sentido, se puede concretar que la violencia hacia los profesionales de AP actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de *burnout*.

Consideramos necesario el abordaje del fenómeno de la violencia laboral entre los profesionales sanitarios con la finalidad de reducir su frecuencia y contribuir a la mejora de la calidad de vida laboral de los trabajadores.

### Referencias

- Alameddine, M., Mourad, Y. y Dimassi, H. (2015). A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *Plosone*, 10(9). doi:10.1371/journal.pone.0137105
- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- El-Gilany, A.H., El-Wehady, A. y Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 716-734.
- Erdur, B., Ergin, A., Yüksel, A., Türkçüer, I., Ayrik, C. y Boz, B. (2015). Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2(3), 175-181. doi: 10.5505/tjtes.2015.91298
- Fisekovic, M.B., Trajkovic, G.Z., Bjegovic-Mikanovic, V.M. y Terzic-Supic, Z.J. (2015). Does work place violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *European Journal of Public Health*, 1-6. doi: 10.1093/eurpub/cku247
- Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B. y Ruiz-Hernández, J.A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 279-291.
- Galián-Muñoz, I., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B. y López-García, C. (2014). User Violence and Nursing Staff Burnout The Modulating Role of Job Satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(2), 302-15. doi: 10.1177/0886260514555367

- Hanson, G.C., Perrin, N.A., Moss, H., Laharnar, N. y Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. doi:10.1186/s12889-014-1340-7
- Koritsas, S., Coles, J., Boyle, M. y Stanley, J. (2007). Prevalence and predictors of occupational violence and aggression to wards GPs: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 57, 967–970.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Bournout Inventory Manual* (2<sup>nd</sup>. Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS) e Internacional de Servicios Públicos (ISP). (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra.
- Oztunc, G. (2006). Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 360–365.
- Roldán, G.M., Salazar, I.C., Garrido, L. y Ramos, J.M. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in health care professionals of the emergencys ervices. *Health*, 5(2), 193-199.
- Ruiz-Hernández, J. A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I. y Benavente-Reche, A.P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory—General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson, M.P. Leiter (Eds.), *The Maslach Burnout Inventory—Test manual* (3rd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Skibeli-Joa, T. y Morken, T. (2012). Violence to wards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 55-60.
- Zafar, W., Khan, U.R., Siddiqui, S.A., Jamali, S. y Razzak, J.A. (2015). Workplace violence and self-reported psychological health: coping with post-traumatic stress, mental distress, and burnout among physicians working in the emergency departments compared to other specialties in Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(1), 167-77. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.02.049
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S. y Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2329–2341. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x

## EVALUACIÓN DE RESILIENCIA: UNA PROPUESTA DE MEDIDA SEGMENTADA EN GRUPOS DE EDAD

Mariola Fernández-Sánchez<sup>1</sup> y Esther Lopez-Zafra

*Universidad de Jaén*

**RESUMEN.** La resiliencia, es un constructo que se centra en la capacidad de recuperación presente en las personas que se enfrentan a situaciones negativas; y las superan. El enfoque actual sobre el que se asienta el concepto resiliencia, es el de una construcción personal y social que tiene en cuenta las características con signo positivo que las personas tienen, más allá de la tradicional consideración psicopatológica asociada a los sucesos negativos y desestabilizadores que ocurren en el contexto habitual de la vida. El interés creciente en la Psicología Positiva y en estas variables, ha generado un gran desarrollo en los instrumentos de evaluación, centrados fundamentalmente en un grupo poblacional. Además, se produce un debate sobre la estabilidad (invariabilidad) o no del constructo. En este trabajo, nos centramos en el análisis psicométrico de un instrumento CD-RISC 2003, para comprobar su invariabilidad en función de la edad. Esto nos permitirá establecer si es necesario adaptar la medición de la resiliencia en función de la maduración; cuestión que se ha abordado escasamente. Para ello, 973 personas de entre 18 y 56 años de edad completan el cuestionario y son distribuidos en tres grupos de edad (menores de 20, 31 a 40 y mayores de 41). Nuestros resultados muestran que, contrario a lo propuesto por otros autores, la estructura factorial del CD-RISC es estable. Además, comprobamos que en muestras españolas el factor de espiritualidad no tiene validez de constructo.

*Palabras clave:* Edad, Evaluación, Psicología Positiva, Resiliencia.

**ABSTRACT.** Resilience is a concept focused in people's recovery ability when dealing with negative situations finally they overcome them. This concept is coming from a paradigm change in the traditional Psychology, inherited of a medical model, in which exists a cause-effect relation marked by a linearity which has to be overcome. In that sense, the concept of resilience is settled under people's personal and social construction which points that people's positive characteristics are fully involved in the recovery process, beyond the traditional psychopathological consideration linked to negative and destabilizer events that people have in their lives. The growing interest in the Positive Psychology and in these variables has generated a big development in the evaluation instruments. Furthermore, it produces a debate about the convenience of the use of this concept. According to this, we focus this work in the psychometric analysis of an

<sup>1</sup>Correspondencia: Mariola Fernández-Sánchez. Universidad de Jaén. E-mail: mariolafernandez@psicologos.com

instrument CD-RISC 2003, to analyze the stability of the concept depending on the age. This will allow us to know if it is necessary to make different evaluations according to the maturation state, which has been rarely studied. In order to clear it up, 973 people from 18 to 56 years old answered a questionnaire distributed in three different groups of age according to the life-span. Our results show that, contrary to what other authors support, the factor CD-RISC is stable. In addition, we saw that Spanish people's spirituality is not involved in the construct validity.

*Keywords:* Age. Evaluation, Positive Psychology, Resilience.

### **Introducción**

La resiliencia es un concepto que se incluye dentro del paradigma de Psicología Positiva (Seligman y Csiztejzimalji, 2000). Este paradigma se centra en el funcionamiento óptimo de las personas, siendo la resiliencia un constructo importante (Salanova y Lopez-Zafra, 2011). El concepto resiliencia es introducido en Psicología por Rutter (1979) y desde su emergencia, se han propuesto muchas teorías y definiciones (Infante, 2008). Sin embargo, hay dos ideas básicas que son incluidas en todas las propuestas: adversidad y adaptación positiva (véase la revisión de Fletcher y Sarkar, 2013). Así, podemos resumir que se refiere a la capacidad de una persona para enfrentar las adversidades de la vida, sobreponerse y ser transformado por esta experiencia (Grotberg, 2006). En general, la resiliencia implica la habilidad de la persona para afrontar el estrés y utilizar los recursos ambientales para volver al estado anterior al trauma (Windle, Bennert y Noyes, 2011).

El estudio de la resiliencia y su aproximación conceptual ha pasado por distintas etapas (Bernhard y Werner, 2009). En un primer momento se consideró que la resiliencia era un rasgo o característica personal: "se es resiliente". Posteriormente se consideró un proceso, es decir: "se aprende a ser resiliente". Y en la actualidad se entiende como: "la resiliencia se construye" (Robles, 2013). Esto nos permite afirmar que se puede reforzar la resiliencia de las personas, es decir, que se puede intervenir y entrenar.

Como vemos, el concepto de resiliencia ha pasado de ser considerada un rasgo a una concepción más dinámica del término.

A la hora de medir y evaluar este constructo, nos encontramos con distintas pruebas, mayoritariamente testadas en grupos poblacionales muy específicos. Por ejemplo, muestras de mayores (Tomas, Meléndez, Sancho, y Mayordomo, 2012); o para adolescentes (Resilience Scale for Adolescents; READ; von Soest, Mossige, Stefansen y Hjemdal, 2010). La escala más empleada ha sido el Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003), también en muestras específicas, como por ejemplo emprendedores (Manzano-García y Ayala, 2013), jóvenes (Singh y Yu, 2010), o personas en duelo (Bermejo, Magaña, Villacieros, Carabias y Serrano, 2010), entre otros. El que las escalas se empleen en poblaciones muy concretas, junto con la idea de que se producen cambios en la resiliencia debidos a su desarrollo a través de la experiencia vital, ha generado un gran debate en torno a la invariabilidad o no del constructo (Burns y Anstey 2010).

Dentro de este marco, en este trabajo nos centramos en el análisis de la estructura factorial del CD-RISC teniendo en cuenta la edad en una muestra española representativa de la población.

## Método

### *Participantes*

Los/las participantes, fueron población general de distintas provincias españolas. Se contactó con ellos/as en diferentes entornos (e.g. campus, espacios de trabajo) mediante muestreo incidental y bola de nieve. La media de edad fue de 31.87 (SD = 10.45; rango = 18-56). Contamos con 973 cuestionarios válidos (85.86%) para realizar los análisis estadísticos. En la tabla 1 puede comprobarse la distribución muestral por sexo y edad.

Tabla 1  
*Distribución muestral*

	SEXO		
	Mujer	Hombre	Total
< 30 años	258	231	489
31-40 años	127	124	251
> 41 años	118	115	233
Total	503	470	973

### *Instrumentos*

En este análisis nos centramos en Connor-Davidson Resilience Scale Original (CD- RISC) (Connor y Davidson, 2003).

El trabajo inicial, sugiere que el CD-RISC es un prometedor instrumento de medida. Tanto en su uso con adultos, como población psiquiátrica y como población normal (Connor y Davidson, 2003). El modelo original: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), realizado por Connor y Davidson en 1999, contiene 25 ítems, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert. Y ausencia de formulaciones negativas. Los encuestados puntúan en una escala de 0 (“no cierto en absoluto”) a 4 (“cierto casi todo el tiempo”). El rango es de 0-100 y a mayor puntuación mayor resiliencia.

En este sentido, el CDRISC se compone de elementos que reflejan varios aspectos de resiliencia, incluyendo una sensación de competencia personal, de tolerancia del afecto negativo y positivo (aceptación del cambio), confiar en los instintos, sensación de apoyo social, la fe espiritual, y un acercamiento a la resolución de problemas desde la acción.

### *Procedimiento*

Una vez comprobado que no existían dificultades de comprensión, se procede a la pasación a población general. Esta pasación se realiza mediante la técnica estadística bola de nieve, de forma que se ofrece la participación voluntaria e individual; y a su vez aquellas personas que participan ofrecen su participación a otras

## Resultados

A continuación se presentan, los principales resultados obtenidos mediante la aplicación del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v. 19, para el análisis exploratorio de los datos.

En un estudio anterior (Pulido, Fernández-Sánchez y Lopez-Zafra, 2014) comprobamos que para población española emergían dos factores: adaptabilidad-

competencia personal y control, con validez de constructo, convergente y discriminante; mientras que un tercer factor denominado espiritualidad, no resultaba concluyente.

Por tanto, se decide explorar esta estructura factorial obtenida teniendo en cuenta tres grupos de edad, con la intención de valorar la consistencia de los factores. Además se pretende conocer, si para la población española tenían un significado distinto en función del momento del ciclo vital en el que se encontraran los sujetos.

### *Estructura Factorial*

Los resultados obtenidos de los análisis por grupos de edad se reflejan en la tabla 2. Nuevamente, tal y como reflejan los datos, el Factor 3, arroja unos valores de fiabilidad muy bajos que impiden considerar este factor con consistencia y fiabilidad necesarias y suficientes. Esto ocurre tanto si se diversifican los grupos de edad, como si se interpreta a nivel global

Tabla 2  
*Resumen por grupos de edad*

*Tabla 2 Resumen por grupos de edad:*

Grupo de Edad*	Factor	Alpha de Cronbach	(ítems incluidos en cada factor)
1.	Adaptabilidad y Competencia Personal	,78	(16, 17, 6, 8, 14, 23, 15, 19, 1, 4, 7, 18, 12, 2)
1.	Control	,77	(24, 21, 22, 25, 11, 5, 13)
1.	Espiritualidad	,54	(9, 3, 20, 10)
2.	Adaptabilidad y Competencia Personal	,87	(16, 17, 6, 8, 14, 23, 15, 19, 1, 4, 7, 18, 12, 2)
2.	Control	,79	(24, 21, 22, 25, 11, 5, 13)
2.	Espiritualidad.	,56	(9, 3, 20, 10)
3.	Adaptabilidad y Competencia Personal	,82	(16, 17, 6, 8, 14, 23, 15, 19, 1, 4, 7, 18, 12, 2)
3.	Control	,71	(24, 21, 22, 25, 11, 5, 13)
3.	Espiritualidad.	,45	(9, 3, 20, 10)

\* Grupo de edad1: < 30. Grupo de edad2: 31-40. Grupo de edad3: ≥ 41.

### **Discusión/Conclusiones**

El objetivo de este trabajo era el análisis psicométrico de un instrumento CD-RISC, 2003 para comprobar la estabilidad o no del constructo en función de la edad. Asimismo, esto nos permitiría establecer si es necesario realizar distintas evaluaciones

en función de la edad por la maduración obtenida a través de la experiencia; cuestión que se ha abordado escasamente.

Como señalan los propios autores del instrumento, de las medidas sobre resiliencia que han contribuido a comprender el concepto y ayudado a encontrar formas de intervención para mejorarla vida de las personas, se encuentra esta escala, con propiedades psicométricas válidas (Connor y Davidson, 2003).

La participación masculina y femenina fue similar: 503 mujeres vs 470 hombres, así como la edad de los/las participantes (18-56 años); suponiendo ambas características sociodemográficas una buena heterogeneidad y representatividad de la población.

Los datos obtenidos en este estudio, muestran la estabilidad de la estructura factorial del instrumento para los tres grupos de edad que presentamos (Grupo I: < 30 años Grupo II: 31-40 años y Grupo III: >41 años) a través de *lifesapan*. Por lo que podemos afirmar que el uso del instrumento es apropiado para población española general.

Es decir, se recogen dos factores (F1: Adaptabilidad + Competencia Personal y F2: Control). Y un tercero queda eliminado porque no alcanza los niveles de fiabilidad necesarios, independientemente del grupo de edad (F3: Espiritualidad).

Algunos estudios han encontrado resultados similares. Por ejemplo, podemos señalar el trabajo llevado a cabo por Liu, Fairweather-Schmidt, Burns y Roberts (2014), en población australiana, en el que encuentran una estructura unifactorial invariable a través de un análisis del género y edad. En este estudio, indican que la resiliencia puede ser considerada un constructo único donde es preferible usar una medida única como puede ser el CD-RISC.

Por otra parte, en población sudafricana, Jørgensen y Seedat (2011) no encontraron diferencias significativas en función del sexo. Pero sí con la variable edad, encontrando correlaciones negativas entre edad y puntuación en resiliencia. También obtuvieron resultados significativos con respecto a la etnia, siendo la población negra la que menor puntuación obtenía en el cuestionario, con respecto a la población blanca y mestiza.

Así mismo, Yu et al. (2011), sí replicaron el modelo original CD-RISC de 5 factores (Alpha: .89) en adolescentes chinos. Y también encontraron diferencias entre los sexos, además de en las edades de los/las participantes. De manera que los hombres obtenían mayores puntuaciones en resiliencia que las mujeres. Así como los jóvenes, mejores puntuaciones que los mayores.

Nuestro estudio arroja luz sobre este debate en torno a la (in)variabilidad del constructo en función de la edad, permitiendo afirmar que el CD-RISC es una prueba válida para su uso en distintos grupos poblacionales, no siendo necesaria una adaptación diferencial para jóvenes o mayores.

Así, en nuestro caso comprobamos que es importante para superar adversidades, poseer características como el optimismo, la flexibilidad-adaptabilidad ante los cambios, la tenacidad y el control de lo que ocurre en el desarrollo de nuestras vidas. Sin embargo, no se cree que haya que esforzarse sin haber un objetivo claro, ni que el Destino pueda ayudar, entre otras. Suponiendo esta negativa, la eliminación del Factor original Espiritualidad.

Por lo tanto, dadas las propiedades psicométricas obtenidas en este estudio para distintos grupos generacionales: *Factor 1: Competencia Personal y Adaptabilidad* (Grupo I: Alpha .78. Grupo II: Alpha .87 y Grupo III: Alpha .82) y *Factor 2 Control* (Grupo I: Alpha .77. Grupo II: Alpha .79 y Grupo III: Alpha .71), consideramos que la

versión obtenida de la escala CD-RISC de medida de resiliencia, constituye un buen instrumento de aplicación práctica para su medida.

Nuestro estudio también apoya la propuesta de Campbell-Sills y Stein (2007), quienes mostraban la inestabilidad de la estructura factorial de la escala original, pero las buenas propiedades psicométricas de las subescalas que se obtienen.

En este sentido, se pueden obtener unas medidas fiables de niveles de resiliencia en población española, a nivel general. Lo cual constituye una aportación para el estudio futuro de la resiliencia en nuestra cultura. De la misma manera que nos permitiría conocer, cuál es la tendencia de afrontamiento ante sucesos negativos y/o estresantes, que favorece una adaptación exitosa.

Este hecho constituye un pequeño paso, a lo hora de dilucidar fórmulas de afrontamiento saludables que permitan un mejor desarrollo de las personas. Tanto así, que en un futuro próximo se haría posible la fundamentación de programas de habilidades personales, que favorezcan mejores niveles de Salud y de Bienestar psicológico y físico. Eso sí, teniendo en cuenta las particularidades de cada población, no por cuestiones de edad, sino por especificidades grupales (eg. Trauma).

Por otra parte, no hay que olvidar las limitaciones asociadas al contexto cultural en cuanto a la extrapolación de resultados; ya que parece difícil llegar a encontrar una medida única de resiliencia para todas las culturas. Esto es debido a la pluralidad de este concepto, se aprecia que hay variaciones que no se pueden desarrollar de la misma forma en sujetos contextualmente diversos.

Además, sería conveniente aunar esfuerzos para conceptualizar resiliencia. Para ello, Fletcher y Sarkar (2013), sugieren que para teorías futuras, se tengan en cuenta las características individuales en la relación entre resiliencia y estrés. Siendo importante señalar la emoción y la metacognición como variables moduladoras y definitorias.

Finalmente, aunque los datos que resultan de la presente investigación no sirven, todavía, para preparar programas de habilidades de desarrollo, sí que apuntan a la dinámica que seguimos las personas para superarnos (Rutter, 2013). Por tanto, dejan el camino abierto para futuras investigaciones y aplicaciones.

### Referencias

- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R y Serrano, I. (2010). Estrategias de Afrontamiento y Resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22-88, 85-95.
- Bernhard, L., y Werner, G. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50. Doi: 10.1027/1016-9040.14.1.40
- Burns, R. A., y Anstey, K. J. (2010). The Connor-Davidson resilience scale (CDRISC): testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 527–531. Doi:10.1016/j.paid.2009.11.026
- Campbell-Sills, L. y Stein, M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal Trauma Stress*, 20(6), 1019-28. Doi: 10.1002/jts.20271
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new Resilience Scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. Doi: 10.1002/da.10113

- Fletcher, D. y Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. A review and critique of definitions concepts and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. Doi: 10.1027/1016-9040/a000124
- Grotberg, E. (2006). La Resiliencia como proceso. En A. Melillo y N. Suárez Ojeda (Comps.), *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós tramas sociales.
- Infante, F. (2008). La Resiliencia como proceso. En A. Melillo y N. Suárez Ojeda (Comps.), *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-5). Buenos Aires: Paidós tramas sociales.
- Jørgensen, I. E., y Seedat, S. (2008). Factor structure of the Connor-Davidson resilience scale in South African adolescents. *International Journal Adolescent Medicine and Health*, 20(1), 23-32. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.007
- Liu, W. Y. D., Fairweather-Schmidt, A. K., Burns, R. A., y Roberts, R. M. (2014). The Connor-Davidson Resilience Scale: Establishing Invariance between Gender Across the Lifespan in a Large Community Based Study. *Journal Psychopathology Behavior Assess* [online]. Doi 10.1007/s10862-014-9452-z
- Manzano-García, G. y Ayala, J. C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in Spanish sample of entrepreneurs *Psicothema*, 25(2), 245-251. Doi.10.7334/Psicothema 2012.183
- Pulido, M., Fernández, M., y Lopez-Zafra, E. (2014, Octubre). Adaptation and Validation of Connor-David Resilience Scale (CD-RISC) in the Spanish Population. En *The 9<sup>th</sup> Conference of the International Test Commission*. España: San Sebastian.
- Robles, J.I. (2013). Resiliencia y Vulnerabilidad: intrínsecos al ser humano. *Lex Artis ad Hoc*, 2, 3-9.
- Rutter, M. (1979). Maternal Deprivation, 1972-1978: New Findings, New Concepts, New Approaches. *Child Development*, 50(2), 283-305. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1129404>
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience--clinical implications. *Journal Child Psychologist Psychiatry*, 54(4), 474-8. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Salanova, M., y Lopez-Zafra, E. (2011). Introducción: Psicología social y Psicología Positiva. *Revista de Psicología Social*, 26(3), 339-343.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Singh K. y Yu, X-N. (2010). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students. *Journal Psychology, Kamla-Raj*, 1(1), 23-30.
- Tomas, J.M., Sancho, P., Meléndez, J.C., y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general wellbeing in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16, 317-326.
- Von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K., y Hjemdal, O. (2010). A validation study of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 215- 225. Doi: 10.1007/s10862- 009-9149-x
- Windle G., Bennett K., y Naves J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. Doi: 10.1186/1477-7525-9-8

Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., Lui, W. W., y Zhang, J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 218-24. Doi: 10.1016/j.compp.shych.2010.05.010

## RELACIÓN ENTRE EL CONTEXTO SOCIOEDUCATIVO DEL HOGAR Y LOS ÍNDICES DEL WISC-IV

Alejandra Taborda<sup>1</sup> y Agustina Labin

*Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina*

**RESUMEN. Antecedentes:** Estudios nacionales e internacionales conceden especial relevancia al medio ambiente social y educativo compartido como variable explicativa del rendimiento intelectual en los tests psicométricos. **Objetivo:** Analizar la relación entre los años de educación materna, la cantidad de libros existentes en el hogar, el nivel inicial escolar y las actividades extraescolares -como medidas del nivel socioeconómico, educativo y ambiental- con la producción cognitiva del WISC-IV. **Método:** Se trabajó con 100 niños/as de 6 a 12 años que asisten a escuelas públicas en la ciudad de San Luis (Argentina). Se implementó una encuesta sociodemográfica diseñada *ad hoc* y la adaptación argentina de la Escala de Inteligencia para niños de Wechsler. Con los datos obtenidos se analizaron las diferencias entre las variables propuestas y el WISC-IV mediante ANOVA y t de Student. **Resultados:** Se encontraron asociaciones entre el nivel educativo de la madre y la producción en Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria Operativa y Cociente Intelectual Total de sus hijos. Además, se encontraron diferencias significativas tanto entre la cantidad de libros disponibles en el hogar como la edad de ingreso al nivel escolar y los índices CV, RP, y CIT; así como también entre ICV, CIT y las actividades extraescolares. **Conclusión:** Se ratifica la necesidad de reconocer los factores socio-ambientales para desarrollar una adecuada interpretación de la producción en el test. En este marco se propone un dispositivo diagnóstico extendido e integrado destinado a captar la compleja trama trazada por la conjunción de capacidades consolidadas a partir de la estimulación que provee el entorno y el desarrollo de habilidades específicas menos influenciadas por los factores ambientales.

*Palabras clave:* capacidad intelectual, WISC-IV, niñez, contexto socioeducativo.

**ABSTRACT.** Background: national and international studies attach particular importance to the average socio shared environment as an explanatory variable intellectual performance in psychometric test. To analyze the relationship between maternal education, the number of books in the home, the initial school level and extracurricular activities such as measures of socioeconomic, educational and environmentally with cognitive production WISC-IV level. Method: We worked with 100 children as 6 to 12 who attend public schools in the city of San Luis (Argentina). A sociodemographic survey designed *ad hoc* and the Argentinian adapting

<sup>1</sup>Correspondencia: Alejandra Taborda. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Av. Ejército de los Andes 950. E-mail: rtaborda@unsl.edu.ar

Intelligence Scale for Children Wechsler were implemented. We used ANOVA and Student test to analyze the differences between the proposed variables and the WISC-IV. Results: Relationships between the education level of the mother and production in verbal comprehension, perceptual reasoning, working memory and total IQ of their children were found. At the same time, significant differences between the numbers of books available at home and the age of entry to initial school level with VCI, PRI and IQ scores were found. Only differences for VCI and IQ met according to the embodiment variable artistic extracurricular activities, sports and/or language study, among other. Conclusion: the need to recognize the socio-environmental factors to develop a proper interpretation of the test production is ratified. In this context we propose an extended and integrated diagnostic destined to capture the complex plot by the combination of capacities from the stimulation provided by the environment and the development of specific abilities less influenced by environmental factors.

*Keywords:* intellectual capacity, WISC -IV, childhood, socioeconomic context.

### **Introducción**

Matrices conceptuales de última generación señalan que la programación genética requiere de la estimulación que proporciona el ambiente para completar la tarea iniciada por el genoma. Es en el encuentro con otros que evolucionan los circuitos neuronales de los hemisferios cerebrales con las especificidades que se traducen en áreas de integración de las representaciones de sí mismo, del mundo circundante, los sistemas constitutivos de las diversas habilidades cognitivas que delinea modos de ser, estar y operar con el mundo animado e inanimado (Gallese, 2011; Kandel, Schwartz y Jessell, 2001; Lecannelier, 2006; Sadurní, 2011).

Desde esta perspectiva el desarrollo humano en sentido amplio y específicamente la evolución de las funciones cognitivas, se configura como una compleja organización abierta, en interjuego de permanencias y cambios que acompañan el devenir evolutivo, inmerso e influido por un tiempo y espacio contextual-epocal. Cada una de las potencialidades/dificultades intelectuales se despliegan en los entrecruzamientos entre los entornos culturales y familiares. Estudios recientes conceden especial relevancia al medio ambiente compartido, a la educación de los padres y más específicamente de la madre –medidas del nivel socioeducativo-, como algunas de las variables explicativas de rendimiento intelectual y del desempeño escolar de los hijos (Brenlla y Taborda, 2013; Fuica et al., 2014; Labin, Brenlla y Taborda, 2015). Omitir la condición señalada es contraproducente tanto para la interpretación de los resultados obtenidos en los test psicométricos como para la propuesta de programas de atención y promoción de la salud (Flanagan y Kaufman, 2006; Fletcher-Janzen, 2010).

Desde este posicionamiento, la investigación en curso se focaliza en el estudio de las potenciales influencias de la estimulación recibida por el entorno socio-cultural, en la puesta en juego de habilidades cristalizadas y fluidas, para resolver los ítems de la adaptación argentina de la cuarta versión de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV).

El autor del test conceptualizó la inteligencia como la capacidad global del individuo para proceder con intención, pensar racionalmente y actuar de manera efectiva con su medio ambiente. La cuarta versión de la escala recoge los avances en

psicometría, neurociencias y de la teoría jerárquica de la inteligencia (CHC) creada a partir de las propuestas de Cattell, Horn y Carroll, en *pos* de incorporar la evaluación diferenciada de habilidades cristalizadas -exploradas a partir del Índice de Comprensión Verbal- de procesos de razonamiento fluido -indagados por los Índices Velocidad de Procesamiento, Memoria Operativa y Razonamiento Perceptivo- sin dejar de proporcionar una medición confiable de la inteligencia global. Los reportes bibliográficos vigentes sobre los dominios cognitivos a partir de este instrumento psicométrico, son acotados. Únicamente se registran estudios desarrollados en Buenos Aires y conurbano bonaerense, por ende ameritan ser ampliados y replicados en el interior del país. Centralmente, se pretende proveer evidencias válidas para el análisis fundamentado del test en distintos contextos socioeducativos, acorde con las directrices de la *International Test Commission* en cuanto al uso responsable de los instrumentos psicológicos.

## Método

### *Participantes*

La muestra está conformada por 100 niños/as de 6 a 12 años divididos en grupos etarios proporcionales, que asisten a escuelas públicas de la ciudad de San Luis (Argentina). El grupo consta de 44 varones y 56 mujeres. Los niños/as y padres aceptaron participar voluntariamente y fueron elegidos a partir de un muestreo intencionado.

### *Instrumentos*

I) Encuesta sociodemográfica diseñada *ad hoc* con el fin de explorar los antecedentes académicos maternos, los entrenamientos escolares previos de los niños, la cantidad de libros en el hogar y las actividades extraescolares, como indicadores para medir principalmente la estimulación socioeducacional.

II) Escala de Inteligencia para niños de Wechsler - Cuarta Edición (WISC-IV) en su adaptación argentina (Taborda, Barbenza y Brenlla, 2011). Este instrumento de administración individual permite evaluar la inteligencia global (CIT) de sujetos a través de las puntuaciones compuestas: comprensión verbal (ICV), razonamiento perceptivo (IRP), memoria operativa (IMO) y velocidad de procesamiento (IVP).

### *Diseño y procedimiento*

Una vez lograda la autorización de las instituciones educativas se comunicó a los padres y alumnos la modalidad de trabajo. Aquellos que decidieron participar firmaron un consentimiento informado. Luego, se procedió a la administración de la encuesta sociodemográfica a las madres y la administración del WISC-IV a niños/as en su versión completa de manera individual en dos encuentros. Posteriormente se puntuaron los protocolos mediante un sistema de evaluación "ciega" por dos profesionales.

Se implementó un diseño descriptivo y una metodología cuantitativa. A partir de los resultados obtenidos, se calcularon los estadísticos de normalidad de la distribución y homogeneidad de la varianza a fin de asegurar el uso idóneo de estadísticos paramétricos en el análisis de varianza (ANOVA) y la prueba t de Student. Con la finalidad de conocer si existen efectos significativos de las variables nivel educativo materno se dividió en tres grupos: el primero corresponde a niños y niñas cuyas madres consiguieron un nivel de escolaridad primaria o secundaria incompleto (menos de 12 años de educación). El siguiente conjunto está constituido por sujetos que tienen madres con 12 años de

educación, esto significa que han completado sus estudios secundarios y un tercer grupo conformado por niños que cuentan con madres que han accedido a la universidad o a una institución terciaria (más de 12 años de educación). La variable libros en el hogar se computarizó en 4 grupos: 1-10 libros, 11-25 libros, 26-50 libros y más de 50. A su vez, se estudió la significación a partir de la realización o no de actividades extraescolares. Respecto a la variable edad de ingreso al nivel escolar inicial, el primer grupo está conformado por niños y niñas que ingresaron con 1, 2 o 3 años de edad mientras que el segundo grupo inició la escolaridad a los 4 o 5 años.

### Resultados

El análisis de varianza señaló diferencias significativas entre el nivel educacional materno y las medidas de ICV [F (2; 99) = 18.85;  $p = .000$ ]; IRP [F (2; 99) = 7.31;  $p = .001$ ]; IMO [F (2; 99) = 6.80;  $p = .002$ ]; y CIT [F (2; 99) = 13.67;  $p = .000$ ] pero no para IVP [F (2; 99) = .423;  $p = .656$ ]. Las pruebas *post hoc* revelan que las diferencias se encuentran entre el grupo de hijos de madres con menor nivel educativo y los grupos de hijo de madres con 12 y más años de educación. En cuanto a la interacción entre la cantidad de libros en el hogar y las puntuaciones en el WISC-IV se encontró que el efecto de dicha interacción es significativo para las puntuaciones medias ICV [F (3; 99) = 4.15;  $p = .008$ ]; IRP [F (3; 99) = 3.13;  $p = .029$ ]; y CIT [F (3; 99) = 4.60;  $p = .005$ ]; no así para IMO [F (3; 99) = 1.75;  $p = .161$ ], ni para el índice VP [F (3; 99) = 1.51;  $p = .216$ ]. Del mismo modo, el análisis de las diferencias en las puntuaciones medias del WISC-IV en relación a la edad de ingreso al sistema escolar inicial refirió diferencias según los grupos estudiados únicamente en ICV [grupo 1:  $M = 95.79$ ,  $DE = 10.85$ ; grupo 2:  $M = 87.43$ ,  $DE = 12.21$ ;  $t(3.15) = 1.39$ ;  $p = .002$ ]; IRP [grupo 1:  $M = 96.48$ ,  $DE = 12.29$ ; grupo 2:  $M = 89.79$ ,  $DE = 13.57$ ;  $t(2.26) = .724$ ;  $p = .026$ ]; y CIT [grupo 1:  $M = 98.24$ ,  $DE = 9.81$ ; grupo 2:  $M = 90.59$ ,  $DE = 11.05$ ;  $t(3.19) = .323$ ;  $p = .002$ ]. En cuanto a las diferencias del WISC-IV según las actividades extraescolares, se registraron diferencias significativas para las medidas de ICV [actividad extra:  $M = 3.27$ ,  $DE = 12.97$ ; no realiza actividad extra:  $M = 85.75$ ,  $DE = 9.91$ ;  $t(3.01) = 2.21$ ;  $p = .003$ ]; y CIT [actividad extra:  $M = 95.41$ ,  $DE = 11.49$ ; no realiza actividad extra:  $M = 90.03$ ,  $DE = 9.92$ ;  $t(2.33) = .497$ ;  $p = .022$ ]; pero no para IRP [realiza actividad extra:  $M = 92.76$ ,  $DE = 14.22$ ; no realiza actividad extra:  $M = 90.65$ ,  $DE = 12.76$ ;  $t(.727) = .401$ ;  $p = .469$ ], IMO [realiza actividad extra:  $M = 99.71$ ,  $DE = 12.68$ ; no realiza actividad extra:  $M = 94.95$ ,  $DE = 11.31$ ;  $t(1.84) = 2.38$ ;  $p = 0.68$ ] ni para IVP [realiza actividad extra:  $M = 101.00$ ,  $DE = 11.37$ ; no realiza actividad extra:  $M = 97.98$ ,  $DE = 10.86$ ;  $t(1.27) = .001$ ;  $p = .206$ ].

### Discusión/Conclusiones

El propósito de este artículo es analizar las diferencias en el desempeño de los niños en tareas que implican habilidades cristalizadas y fluidas según las condiciones socioeducativas.

Los resultados alcanzados señalan asociaciones entre el nivel educativo de la madre y el ICV, IRP, IMO Y CIT de sus hijos. En esta dirección, se encontraron diferencias significativas tanto entre la cantidad de libros disponibles en el hogar como la edad de ingreso al nivel escolar y los índices CV, RP, y CIT; así como también entre ICV, CIT y las actividades extraescolares. Estas diferencias desaparecen claramente en los otros dominios evaluados.

Los datos denotan la incidencia de variables ambientales en la consolidación de habilidades cristalizadas y en los procesos cognitivos que ponen en juego dominios de razonamiento fluido tales como: atención, concentración, capacidad de mantener información activa en la consciencia capaz de producir un resultado. Así como también, formación y reconocimiento de conceptos, percepción de las relaciones entre patrones, y comprensión de implicaciones. En cambio, en las pruebas de velocidad de procesamiento que implican habilidades para combinar rápidamente estímulos visuales o patrones no relacionados o parcialmente ocultos en un todo, la producción de los grupos estudiados es homogénea, por lo que se infiere que son actividades poco dependientes de las influencias de la estimulación que provee el entorno (Flanagan, 1998).

En consecuencia, el hecho de acceder tanto a una estructura de actividades artísticas, deportivas y/o culturales extraescolares como a una mayor cantidad de estímulos verbales, perceptuales y científicos provistos por madres con amplia formación académica se comparezca con un desigual acceso a posteriores oportunidades socioeducativas. De este modo, se pone de relieve las limitaciones que se presentan a la hora de consolidar habilidades cristalizadas y fluidas reflejadas en la transmisión cultural de generación en generación. Lo reseñado son concordantes con numerosas investigaciones actuales que demuestran la existencia de una codeterminación mutua entre subjetividad, ambiente, contexto histórico-social, vulnerabilidad genética y desarrollo cerebral (Kandel, 2007; Rebollo, Carriquiry, Christophersen y Rodríguez, 2010).

Desde este posicionamiento se adhiere y entiende el uso de instrumentos psicométricos como una modalidad de evaluación que debe ser transversalizada por, la interpretación cualitativa, el análisis clínico de los resultados y de las recurrencias a lo largo de todo el proceso diagnóstico clínico y/o educacional. Por lo cual se propone un dispositivo diagnóstico extendido e integrado que responda a la complejidad que reviste y a la significación que tiene la evaluación psicológica en la vida de una persona. Se entiende por diagnóstico extendido la instrumentación de la técnica test-retest a efectos de valorar la evolución del síntoma -luego de seis meses a un año de tratamiento, acorde a la perturbación inicialmente observada- antes de emitir diagnósticos contundentes (Brenlla y Taborda, 2013).

En esta línea, es conveniente que el examinador reconozca tanto al niño y niña como a su grupo de pertenencia y los factores socioambientales que lo rodean para desarrollar una interpretación más abarcativa de la producción registrada en el WISC-IV. A su vez, los resultados denotan la importancia de delinear políticas públicas tendientes a acotar la brecha sociocultural vigente a través de programas de estimulación específica.

### Referencias

- Brenlla, M.E. y Taborda, A. (Comps.). (2013). *Guía para una interpretación integral del WISC-IV*. Buenos Aires: Paidós.
- Flanagan, D. P. (1998). *Manual moderno*. USA: Editorial El Manual Moderno.
- Flanagan, D. P. y Kaufman, A. (2006). *Claves para la evaluación con el WISC-IV*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fletcher-Janzen, E. (2010). *The Relationship of Socioeconomic Status to Cognitive Ability in Ethnically Diverse Samples of Normal Children, As Measured by the KABC-II and WISC-IV* [diapositivas de Power Point]. University of Colorado.

- Fuica, P., Lira, J., Alvarado, K., Araneda, C., Lillo, G., Miranda, R., et al. (2014). Habilidades Cognitivas, Contexto Rural y Urbano: Comparación de Perfiles WAIS-IV en Jóvenes. *Terapia Psicológica*, 32(2), 143-152.
- Gallese, V. (2011). Neuronas Espejo, Simulación Corporeizada y las Bases Neurales de la Identificación Social. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 34-59. Recuperado el 12/11/2015 de <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx>
- Kandel, E. (2007). *Psiquiatría, psicoanálisis, y la nueva biología de la mente*. Barcelona: Ars Medica.
- Kandel, E., Schwartz, J. y Jessell, T. (2001). *Principios de neurociencia*. España: Interamericana de España.
- Labin, A., Taborda, A. y Brenlla, M. (2015). La relación entre el nivel educativo de la madre y el rendimiento cognitivo infanto-juvenil a partir del WISC-IV. *Psicogente*, 18(34), 293-302. Recuperado de <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.505>
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad - Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. España: Ed. LOM
- Rebollo, M., Carriquiry, C., Christophersen, M. y Rodríguez, A. (2010). *Alteraciones del desarrollo neurológico*. Buenos Aires: Editorial Prensa Medica Latinoamericana.
- Sadurní, M. (2011). *Vincle Afectiu i Desenvolupament Humà*. Barcelona: Editorial UOC.
- Taborda, A., Barbenza, C. y Brenlla, M.E. (2011). *Adaptación argentina del WISC-IV Wechsler. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños cuarta edición (WISC-IV)*. Buenos Aires: Paidós.

## ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

**Ana Aparicio-Mingueza<sup>1\*</sup>, Teresa Ayuso-Blanco\*\*, David Granados-Rodríguez\*\*\*, Carmen Martín-Contero\*\*\*\*, María Victoria Perea-Bartolomé\*\*\*\*\*, María Otano Martínez\*\*, Francisco Lacruz Bescos\*\* y Gerardo Soriano Hernández\*\***

*\*Psicóloga clínica. Fundación Miguel Servet-Navarrabiomed; \*\*Neurólogo/a-Complejo Hospitalario Navarra-Osasunbidea; \*\*\*Psicólogo Clínico. Hospital La Merced de Osuna; \*\*\*\*Psicóloga Clínica- Hospital de Día Irubide-Osasunbidea; \*\*\*\*\*Neuróloga. Catedrática de Psicobiología-Universidad de Salamanca*

**RESUMEN.** *Antecedentes:* La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica, inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central que se diagnostica con frecuencia en la edad adulta joven, entre los 20 y los 50 años de edad. Diversos estudios han puesto de manifiesto mayores tasas de depresión y ansiedad en pacientes con EM. Esta comorbilidad psiquiátrica se ha relacionado con mayores niveles referidos de fatiga, una menor adherencia al tratamiento modificador de la enfermedad (TME), mayor discapacidad/peor percepción de ésta, y menores puntuaciones en escalas que evalúan calidad de vida. *Método:* Nuestro estudio intenta determinar la frecuencia de estos síntomas en una muestra de 214 pacientes con EM. Todos ellos completaron la escala Hospital Anxiety and Depression (HAD). Esta escala fue diseñada para su uso en población general (no psiquiátrica) y se ha utilizado de forma repetida en investigación debido a sus buenas propiedades psicométricas. En el presente estudio se utilizaron dos puntos de corte (8 y 10). *Resultado:* En relación a la subescala Ansiedad (HAD-A), un 38,32% de los sujetos evaluados obtiene puntuaciones por encima de 8; 18,22% si el punto de corte se sitúa en 10, mientras que en cuanto a la subescala Depresión (HAD-D) el 13,6% de la muestra se encuentra por encima de 8, encontrándose un 5,1% está por encima de 10. Nuestro estudio confirma las altas tasas de comorbilidad en estos pacientes, especialmente en el caso de la ansiedad. *Conclusiones:* Los datos son congruentes con los resultados que obtienen otros investigadores, que consideran que la esclerosis múltiple se asocia a un incremento del riesgo de padecer cualquier trastorno de tipo psiquiátrico.

*Palabras clave:* esclerosis múltiple, ansiedad, depresión, comorbilidad, evaluación.

**ABSTRACT.** *Background:* Multiple sclerosis (MS) is a chronic, inflammatory and demyelinating disorder of the central nervous system, often diagnosed in young and middle-aged adults between the ages of 20 and 50. Several studies have shown increased rates of depression and anxiety disorders in MS patients. The impact of these psychiatric

<sup>1</sup>Correspondencia: Ana Aparicio-Mingueza. Fundación Miguel Servet-Navarrabiomed.  
E-mail: am.aparicio.mingueza@navarra.es

comorbidities has been related to higher levels of subjective fatigue, reduced adherence to Disease Modifying Therapies (DMT), greater degree of disability, higher levels of perceived disability and lower scores on quality of life measurement scales. *Method:* The aim of this study is to establish the frequency of these symptoms in our patients with MS. A sample of 214 patients completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). This scale was designed to be used in general medical outpatients (non-psychiatric population) and it has been widely used due to its satisfactory psychometric properties. In the present study two cut-off scores (8 and 10) were used for this aim. *Results:* In relation to the Anxiety subscale (HAD-A), 38,32% of the assessed patients scores above 8, being 18,22% when cut-off point is 10, while in the Depression subscale (HAD-D) 13,6% of the sample is above 8 and 5,1% when cut-off is 10. Our study confirms higher rates of comorbidity in these patients, especially in the case of anxiety. *Conclusion:* These data are consistent with the results obtained by other researchers, who consider that multiple sclerosis is associated with an increased risk of suffering from any psychiatric disorder.

*Keywords:* multiple sclerosis, anxiety, depression, comorbidity, assessment.

### Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica crónica de tipo inflamatorio y degenerativo que se diagnostica principalmente en personas entre los 20 y los 50 años de edad.

La presencia de sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con EM se contempla ya dentro de las primeras descripciones de la enfermedad realizadas por Charcot a finales del siglo XIX (Charcot, 1879). Sin embargo, el estudio formal de la prevalencia e incidencia de estos síntomas no comienza hasta mediados del siglo siguiente (Siegert y Abernethy, 2005). La mayor parte de los estudios realizados sugieren una elevada presencia de sintomatología relacionada con el estado de ánimo entre los pacientes con EM, incluso al comparar los datos con los obtenidos en otras personas con distintas enfermedades crónicas y neurológicas (Chwastiak et al., 2002; Haussleiter, Brüne y Juckel, 2009; Joffe, Lippert, Gray, Sawa y Horvath, 1987; Minden, Orav y Reich, 1987; Sadovnick et al., 1996).

A pesar de que existe un mayor número de estudios referidos a la sintomatología depresiva en EM frente a la de tipo ansioso, los resultados de las investigaciones coinciden también en una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad entre pacientes con EM en comparación con población general (Smith y Young, 2000; Zorzon et al., 2001). De hecho, de acuerdo a la literatura existente podría llegar a afirmarse que la esclerosis múltiple parece incrementar el riesgo de padecer cualquier trastorno de tipo psiquiátrico (Marrie et al., 2015).

Esta comorbilidad psiquiátrica se ha asociado con una menor calidad de vida, con mayores niveles referidos de fatiga y con una menor adherencia al tratamiento modificador de la enfermedad (Marrie, Horwitz, Cutter y Tyry, 2012). El grupo de consenso Goldman (Goldman Consensus Group, 2005) relaciona además la presencia de un trastorno depresivo con un peor funcionamiento a nivel cognitivo y con mayores índices de absentismo laboral. Asimismo, se ha encontrado un riesgo de suicidio hasta

7.5 veces mayor que en población general (Sadovnick, Eisen, Ebers y Paty, 1991; Feinstein, 2002).

La patogénesis de la depresión en EM se ha relacionado con una combinación de diversos factores, entre los que se incluyen los psicológicos, sociales, neurológicos, inmunológicos y genéticos (Haussleiter et al., 2009; Wallin, Wilken, Turner, Williams y Kane, 2006). De este modo, teniendo en cuenta el probable origen autoinmune de la esclerosis múltiple, algunos autores han asociado procesos inmunes e inflamatorios con síntomas ansioso-depresivos (Haroon, Raison y Miller, 2012; Irwin y Miller, 2007).

A nivel de neuroimagen, la presencia de sintomatología depresiva en EM se ha asociado a lesiones principalmente a nivel temporal (Honer, Hurwitz, Li, Palmer y Paty, 1987; Vattakatuchery, Rickards y Cavanna, 2011), temporo-parietal (Ron y Logsdail, 1989) y de fascículo arqueado (Feinstein, 2011; Pujol, Bello, Deus, Marti-Vilalta y Capdevila, 1997). En el caso de la ansiedad existen, como se mencionaba anteriormente, un menor número de estudios, sin que se haya visto una relación evidente con ningún área (Haussleiter et al., 2009).

Más allá de las manifestaciones psiquiátricas que podrían considerarse consecuencia del proceso neuropatológico, el uso de algunos tratamientos modificadores de la enfermedad (interferon beta) se ha asociado también con una exacerbación de la sintomatología depresiva, aunque se han encontrado resultados contradictorios a este respecto (Mohr et al., 1997; Wallin et al., 2006).

Además, existen multitud de factores psicosociales asociados al curso de la enfermedad que pueden tener una influencia importante. No debemos olvidar que la sintomatología depresiva puede ser en parte reactiva al hecho de tener que enfrentarse a una enfermedad crónica, sin tratamiento curativo hasta la fecha y con una evolución de pronóstico incierto (Haussleiter et al., 2009).

Nuestro estudio tiene como objeto el análisis de la frecuencia de sintomatología ansioso-depresiva de relevancia a nivel clínico en una muestra de pacientes pertenecientes a la Unidad de EM del Complejo Hospitalario de Navarra.

## **Método**

### *Participantes*

El estudio lo integraron un total de 214 pacientes, con un diagnóstico de EM o de síndrome desmielinizante aislado. Fueron derivados a Psicología Clínica a criterio de su neurólogo de referencia de la Unidad de Esclerosis Múltiple. Todos los pacientes fueron informados del propósito de la evaluación, firmando un consentimiento para permitir el uso en investigación de los resultados de las pruebas aplicadas. La escala utilizada formaba parte de un estudio más extenso, en el que el objetivo principal era la evaluación neuropsicológica y clínica de los pacientes.

### *Materiales/ Instrumentos utilizados*

Para esta investigación se utilizó la escala "Hospital Anxiety and Depression" HAD (Zigmond y Snaid, 1983), que consta de 14 ítems, siete pertenecientes a la subescala de ansiedad (HADA) y otros siete que sirven para evaluar depresión (HADD). La especificidad y sensibilidad mostrada por ambas subescalas es adecuada, situándose en torno a 0,80 (Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann, 2002) con un punto de corte de 8. Además, los estudios (Terol-Cantero, Cabrera-Perona y Martín-Aragón, 2015) muestran una adecuada consistencia interna, siempre por encima de 0,70 (alfa de Cronbach), independientemente de la muestra de pacientes utilizada. La HAD pregunta a la

persona por los síntomas experimentados a lo largo de la semana anterior a la evaluación. Asimismo, se trata de una escala que ha sido ampliamente utilizada en poblaciones con enfermedad física ya que, por un lado, evita aludir a síntomas somáticos de la depresión como insomnio, anergia o fatiga, que pueden producir confusión con síntomas de otras enfermedades y, por otro, incluye síntomas de las tres esferas (cognitiva-conductual-emocional), lo que la convierte en una herramienta de gran utilidad para el screening de síntomas ansioso-depresivos mostrados por los pacientes en el momento actual.

#### *Procedimiento*

Se aplica la escala “Hospital Anxiety and Depression” (HAD) a un total de 214 pacientes. De forma complementaria, se registraron otras variables demográficas y clínicas. Se tuvieron en cuenta dos puntos de corte para la escala HAD, 8 y 10.

#### *Diseño*

Se trata de un diseño observacional transversal.

### **Resultados**

La muestra estaba compuesta por 149 mujeres y 65 varones. La media de edad total fue de 46,5 años, estando el rango de edad comprendido entre los 17 y los 79 años, y siendo la desviación típica de 11,72.

En relación a la ansiedad, el 38,32% de la muestra obtiene puntuaciones por encima de 8 en la subescala correspondiente, bajando al 18,22% cuando el punto de corte se sitúa en 10.

En el caso de síntomas depresivos, el 13,6% de la muestra se encuentra por encima de 8, mientras que un 5,1% está por encima de 10.

Si se tiene en cuenta la puntuación obtenida en ambas escalas a la vez (por separado), un total de 26 de las 214 personas evaluadas, el 12,1% de la muestra, puntúan en ambos índices por encima de 8, mientras que tan sólo 8 lo hacen por encima de 10 (3,74%).

### **Discusión/Conclusiones**

Al igual que en la mayor parte de las investigaciones realizadas, las puntuaciones obtenidas en nuestro estudio se sitúan por encima de lo esperado en relación a la población general.

La diversidad de resultados que han sido obtenidos por los distintos autores en cuanto a incidencia y prevalencia de estos síntomas, podría explicarse por varios factores. En primer lugar, existe una gran heterogeneidad en cuanto al método elegido para la evaluación: en función del estudio se utilizan datos administrativos, entrevistas clínicas, encuestas enviadas al domicilio, o bien cuestionarios y escalas. En relación a este último método, Marrie et al. (2013) refieren hasta cuatro medidas de autoinforme diferentes en el caso de la ansiedad (Hospital Anxiety and Depression Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, State-Trait Anxiety Inventory y el Beck Anxiety Inventory). Para la evaluación de la sintomatología depresiva esta misma autora encuentra más de ocho instrumentos de medida, entre los que destacan el Beck Depression Inventory; la Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale; la Hamilton Anxiety Depression Scale y la Hamilton Rating Scale for Depression. Las herramientas más utilizadas

fueron la Hamilton Anxiety Depression Scale para la ansiedad y el Beck Depression Inventory en el caso de la depresión.

Lo cierto es que no existe, a día de hoy, un “gold standard” para la evaluación de los trastornos ansioso-depresivos en EM. En función de la herramienta utilizada, de sus características psicométricas y de aplicación, los resultados pueden variar. En algunos inventarios como el Beck Depression Inventory (BDI), por ejemplo, existiría el riesgo de un posible sobrediagnóstico al confundirse distintos síntomas somáticos propios de la enfermedad (insomnio, fatiga...) con síntomas ansioso-depresivos.

En relación a la escala utilizada en este estudio, la Hamilton Anxiety Depression Scale, diversos autores critican la dificultad existente para establecer la estructura (número de factores) latente, así como una elevada correlación entre sus subescalas. Además, dicen, la subescala Depresión evaluaría principalmente anhedonia y la subescala Ansiedad impulsividad y agitación (Terol-Cantero et al., 2015). Por todo esto, algunos expertos (Bjelland et al., 2002) sugieren el uso de la escala como herramienta de screening para la evaluación del nivel de angustia y malestar general, concluyendo que no resultaría tan adecuado para la identificación de casos clínicos.

Adicionalmente, entre las principales críticas a este tipo de estudios se encuentra una infrarrepresentación del número de pacientes ambulatorios frente a los hospitalarios (Marrie et al., 2013), lo que podría distorsionar los resultados. En nuestro estudio, la práctica totalidad de los pacientes eran de tipo ambulatorio. Asimismo, a las investigaciones se les reprocha también el que con frecuencia los investigadores conocen de antemano tanto la condición clínica como las hipótesis de partida (Haussleiter et al., 2009). Por último, la mayoría de estudios no diferencia entre los distintos trastornos de ansiedad y de ánimo.

En cualquier caso, a pesar de algunas posibles deficiencias a nivel metodológico y conceptual, parece clara la mayor prevalencia e incidencia de estos síntomas en la población de personas con EM frente a la población general. La comorbilidad psiquiátrica existente sería mayor en personas con EM ya desde el momento del diagnóstico, y parece incrementarse, al menos en el caso de la sintomatología ansioso-depresiva, conforme progresa la enfermedad (Chwastiak et al., 2002).

La escala HAD ha demostrado ser una herramienta de fácil aplicación y eficaz en la identificación de síntomas ansioso-depresivos, con buenos niveles de especificidad y sensibilidad, en población con enfermedades crónicas, al evitar el sobrediagnóstico.

Se hace necesaria una mayor investigación para esclarecer la relación entre trastornos ansioso-depresivos y EM. El disponer de un mayor número de estudios de tipo longitudinal permitirá, por un lado, determinar los factores de vulnerabilidad asociados a una mayor frecuencia de sintomatología ansioso-depresiva y, por otro, identificar períodos críticos dentro del curso evolutivo de la enfermedad que puedan presentar un riesgo especial.

### Referencias

- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Charcot, J. M. (1879). *Lectures on the diseases of the nervous system: delivered at la Salpêtrière*. HC Lea.
- Chwastiak, L., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Sullivan, M., Bowen, J. D., y Kraft, G. H. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis:

- epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1862-1868.
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology*, 59(5), 674-678.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(11), 1276-1281.
- Goldman, Consensus Group. (2005). The Goldman Consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 11(3), 328-337.
- Haroon, E., Raison, C. L., y Miller, A. H. (2012). Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 137-162.
- Hausleiter, I. S., Brüne, M., y Juckel, G. (2009). Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 2(1), 13-29.
- Honer, W. G., Hurwitz, T., Li, D. K., Palmer, M., y Paty, D. W. (1987). Temporal lobe involvement in multiple sclerosis patients with psychiatric disorders. *Archives of Neurology*, 44(2), 187-190.
- Irwin, M. R., y Miller, A. H. (2007). Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(4), 374-383.
- Joffe, R. T., Lippert, G. P., Gray, T. A., Sawa, G., y Horvath, Z. (1987). Mood disorder and multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 44(4), 376-378.
- Marrie, R. A., Fisk, J. D., Tremlett, H., Wolfson, C., Warren, S., Tennakoon, A., et al. (2015). Differences in the burden of psychiatric comorbidity in MS vs the general population. *Neurology*, 85(12), 1-8.
- Marrie, R. A., Fisk, J. D., Yu, B. N., Leung, S., Elliott, L., Caetano, P., et al. (2013). Mental comorbidity and multiple sclerosis: validating administrative data to support population-based surveillance. *BMC Neurology*, 13(1), 13-16.
- Marrie, R. A., Horwitz, R., Cutter, G., y Tyry, T. (2012). Cumulative impact of comorbidity on quality of life in MS. *Acta Neurologica Scandinavica*, 125(3), 180-186.
- Minden, S. L., Orav, J., y Reich, P. (1987). Depression in multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry*, 9(6), 426-434.
- Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Likosky, W., Gatto, N., Baumann, K. A., y Rudick, R. A. (1997). Treatment of depression improves adherence to interferon beta-1b therapy for multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 54(5), 531-533.
- Pujol, J., Bello, J., Deus, J., Marti-Vilalta, J., y Capdevila, A. (1997). Lesions in the left arcuate fasciculus region and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Neurology*, 49(4), 1105-1110.
- Ron, M., y Logsdail, S. (1989). Psychiatric morbidity in multiple sclerosis: a clinical and MRI study. *Psychological Medicine*, 19(04), 887-895.
- Sadovnick, A., Eisen, K., Ebers, G. C., y Paty, D. W. (1991). Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics. *Neurology*, 41(8), 1193-1193.
- Sadovnick, A., Remick, R., Allen, J., Swartz, E., Yee, I., Eisen, K., et al. (1996). Depression and multiple sclerosis. *Neurology*, 46(3), 628-632.
- Siegert, R., y Abernethy, D. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(4), 469-475.
- Smith, S., y Young, C. (2000). The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 14(1), 50-54.

- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503.
- Vattakatuchery, J. J., Rickards, H., y Cavanna, A. E. (2014). Pathogenic mechanisms of depression in multiple sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(3), 261-276.
- Wallin, M. T., Wilken, J.A., Turner, A.P., Williams, R.M., y Kane, R. (2006). Depression and multiple sclerosis: review of a lethal combination. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43(1), 45-62.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zorzón, M., de Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Mucelli, R. P., Cazzato, G., et al. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *Journal of Neurology*, 248(5), 416-421.