

*Proceedings of 3rd Iberoamerican
Congress of Health Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)*

Colección:

Proceedings of Iberoamerican Congress of
Health Psychology

Directores:

Buela-Casal, Gualberto

Sierra, Juan Carlos

Ramiro-Sánchez, Tamara

*Proceedings of 3rd Iberoamerican Congress of Health Psychology
(14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)*

© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

Colección: Proceedings of Iberoamerican Congress of Health 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).

Tel y fax: +34 958 161708.

E-mail: info@aepec.es.

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

Printed in Granada, Spain.

ISBN: 978-84-608-7204-7

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en el *Proceedings of 3rd Iberoamerican Congress of Health Psychology (14-16 November, 2014. Sevilla-Spain)*, son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

ARTÍCULOS/ARTICLES	Págs.
Creencias de los profesionales clínicos acerca de la madurez como criterio de mejora del bienestar psicológico María Paz Quevedo-Aguado y María Hinojal Benavente-Cuesta	1-8
Personal and psychosocial determinants of tobacco and alcohol use in adolescence Paulo C. Dias, José A. García del Castillo and Álvaro García del Castillo-López	9-15
Inteligencia emocional y depresión en la infancia Inmaculada Montoya-Castilla, Tamara Jiménez, Ana Ordóñez y Remedios González	16-23
Calidad de vida en trastorno bipolar y esquizofrenia María Josefa Campillo-Cascales, Mónica Dompablo, Iosune Torio, Alexandra Bagney, Marta Moreno-Ortega, David Rentero, Francisco Arias, Javier Rodríguez-Torresano, Miguel Ángel Jiménez-Arriero y Roberto Rodríguez-Jiménez	24-30
El acoso escolar desde la perspectiva del profesorado, perfil de la víctima y del agresor M ^a Carmen Núñez-Gaitán, M ^a del Mar Benítez-Hernández, María Valdés-Díaz, Cristina Senín-Calderón y Juan Fco. Rodríguez-Testal	31-37

CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES CLÍNICOS ACERCA DE LA MADUREZ COMO CRITERIO DE MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

María Paz Quevedo-Aguado¹ y María Hinojal Benavente-Cuesta

Universidad Pontificia de Salamanca, España

RESUMEN. Antecedentes: el trabajo que se presenta, se enmarca en las teorías clásicas sobre Madurez Psicológica desarrolladas a lo largo del siglo XX con el fin de determinar los ingredientes constitutivos de la adecuada adaptación a contextos en los que los sujetos desarrollan sus actividades vitales, y en qué medida estos procesos madurativos son indicadores de Bienestar Psicológico, en cuanto portadores de claves importantes para el desarrollo íntegro de la personalidad en sus aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales. El objetivo de nuestra investigación es averiguar en qué medida los Modelos teóricos de los profesionales de contextos clínicos, manifiestan diferencias en el concepto de Madurez. **Método:** se ha trabajado con una muestra de 200 profesionales clínicos de modelo dinámico, sistémico y conductual, así como profesionales que desarrollan su trabajo en otros ámbitos no clínicos, diferenciándoles además en las variables Sexo y Edad. Se les han aplicado las escalas de Cuestionario de Rasgos Prototípicos de la Personalidad Madura (CRPM) y Taxonomía de los Cinco Grandes en Español (5GE). **Resultados:** analizados los resultados, se obtienen bajas correlaciones entre ambas escalas que parecen evaluar aspectos diferentes de la madurez, así como más elevadas puntuaciones en ambas para el grupo de psicólogos dinámicos y mayor relevancia de la dimensiones sociabilidad y emocionabilidad en la muestra de varones de cualquiera de las tendencias psicoterapéuticas. **Conclusiones:** se manifiesta la tendencia de la escala CRPM a centrarse más en aspectos conductuales de la madurez, mientras la 5GE arrojaría datos más centrados en características internas estables sobre la madurez, configurándose en dos grupos de variables (*Cluster*) que reflejan la actitud Social (CRPM III, VII, IV, II y V), y la actitud Personal (5GE I, IV, II, V, III, CRPM I y VI). Además, se reflejan diferencias en puntuaciones de más relevancia entre los psicólogos clínicos frente a los no clínicos, y entre los dinámicos dentro de éstos.

Palabras Clave: madurez personal, teoría de los cinco grandes, bienestar psicológico.

ABSTRACT. Introduction: The work that one presents, places in the classic theories on Psychological Maturity developed along the 20th century in order to determine the constitutive ingredients of the suitable adjustment to contexts in which the subjects develop his vital activities, and in what measure these processes of maturation are indicators of Psychological Well-being, in all that

¹Correspondencia: María Paz Quevedo-Aguado. Facultad de Psicología. Calle Compañía, 5. Universidad Pontificia de Salamanca. 37002 Salamanca. E-mail: mpquevedoag@upsa.es

carriers of important keys for the complete development of the personality in his emotional, cognitive and behavior aspects. The aim of our investigation is to quarrel in what measure the theoretical Models of the professionals of clinical contexts, demonstrate differences in the concept of Maturity. **Method:** One has worked with a sample of 200 professionals Psychotherapists of Dynamic, Systemic and Behavioral Model, as well as professionals who develop his work in other not clinical areas, differentiating in addition in the variables Sex and Age. There have been applied to them the scales of Questionnaire of Archetypical Features of the Mature Personality (QAFMP) and Taxonomy of the Five Big ones in Spanish (TFBS). **Results:** Analyzed the results, low correlations are obtained between both scales that seem to evaluate aspects different from the Maturity, as well as more high punctuations in both for the group of Dynamic Psychologists and major relevancy of measure Sociability and Emocionability in the Males' sample of any of the Clinics trends. **Conclusions:** As conclusion, demonstrates the trend of the scale CRPM to centre more on behavioral aspects of the maturity, while her TFBS it would throw information more centred on internal stable characteristics on the maturity, being formed in two groups of variables (Cluster) that, on the one hand they reflect the Social attitude (QAFMP the III, VII, IV, IIInd and V), and for other one, the Personal attitude (TFBS I, the IV, IIInd, V, the IIIrd, QAFMP I and the VIth). In addition, differences are reflected in punctuations of more relevancy between the Clinical Psychologists opposite to the not clinical ones, and between the Dynamic ones inside these.

Keywords: Personal maturity, theory of the five big, psychological well-being.

Introducción

La psicología ha estado marcada por múltiples autores que han ido explicando el relevante papel de la madurez psicológica hasta el punto de ser considerada como uno de los principales componentes favorecedores del Bienestar personal, familiar y laboral de los individuos. Por este motivo, parece importante retomar el interés que han tenido los modelos clínicos en el tema de la madurez, y sugerir a todas aquellas personas que trabajan en el campo de la psicoterapia una especial atención y consideración hacia la misma.

Se puede afirmar que la madurez psicológica es un concepto de amplio espectro que recoge el “ser, sentir, pensar y hacer” de la persona en su totalidad, aunque a veces difuso por falta de claridad en sus límites solapándose con otros constructos psicológicos, y además dinámico que cambia y se modifica según el transcurrir de la vida, y que se define y es entendido mejor desde lo que no es que desde lo que es.

Han sido múltiples las perspectivas desde las que ha sido estudiado e investigado dicho constructo (Zacarés y Serra, 1998), y nos parece relevante considerar los elementos comunes a todas ellas encontrados con el fin de convertirlo en un constructo con mayor fuerza y solidez (Fierro, 2000).

En este sentido, resaltamos:

- Existe relación entre el concepto de Madurez y los modelos de corte clínico (psicodinámico/fenomenológico/existencialista) y evolutivo. Esto explicaría (sobre todo en lo que se refiere a la perspectiva clínica), que la Madurez Psicológica no cuente con un sólido apoyo a nivel empírico por ser reconocidos estos modelos

como débiles metodológicamente.

- En las primeras décadas y hasta aproximadamente los años 50, la Madurez Psicológica se igualaba a la madurez emocional; es decir, se valoraba de forma prioritaria y única la dimensión afectiva, obviando otras dimensiones como la cognitiva y social, que irán adquiriendo una mayor relevancia a medida que nos aproximamos al momento actual.
- Destacar principalmente la propuesta elaborada por Allport (1961), quien describe minuciosamente las distintas dimensiones que han de constituir una Personalidad Madura, las cuales pueden ser asumidas como criterios de trabajo en el ámbito de la psicoterapia con el fin de mejorar el Bienestar psicológico de los sujetos.
- Señalar que en la actualidad este concepto se relaciona con otros constructos psicológicos como; el Optimismo (Avia y Vázquez, 1998), el Bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995), la Salud mental positiva (Jahoda, 1958) o la Autorealización (Maslow, 2003; Rogers, 1996), los cuales sin explicar la totalidad del mismo, comparten algunas áreas que lo constituyen, facilitando su desarrollo e investigación, y proporcionándole una mayor solidez científica tan carente en tiempos anteriores.

En este contexto teórico que ha cobrado auge al vincularse a constructos que en la actualidad están siendo un foco importante en los ámbitos de investigación internacional (Benavente y Quevedo-Aguado, 2014), nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Analizar la fiabilidad de las dos escalas como instrumentos válidos para medir los rasgos prototípicos de la personalidad madura.
- Analizar las diferencias que pueden existir entre las creencias de los clínicos de diferentes modelos de intervención psicológica en relación a los rasgos que definen una personalidad madura y el Bienestar Psicológico, así como su comparación con psicólogos no clínicos.

Método

Participantes

Los *Participantes* del estudio fueron 200 Profesionales de la Psicología (Tabla 1), y cuya intervención profesional se encontraba bajo la influencia de algún *Modelo teórico psicológico*. Los sujetos, ejercían su labor profesional tanto en Instituciones públicas como privadas (Colegios profesionales, Centros Clínicos, Servicios Sociales, Docentes Universitarios, etc.), y sus distribuciones en las variables sexo y edad, pueden observarse en las Tablas 2 y 3.

Tabla 1. Distribución de la muestra en la variable profesión.

Modelos	Frecuencias	Porcentajes
Psc. Clínico Conductual	54	27%
Psc. Clínico Sistémico	53	26.5%
Psc. Clínico Dinámico	21	10.5%
Psc. No Clínico	72	36%
Total	200	100%

Nota. Psc. = Psicólogo.

Tabla 2. Distribución de la muestra en la variable sexo.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	73	36.5%
Mujer	127	63.5%
Total	200	100

Tabla 3. Distribución de la muestra en la variable edad.

Variable	Frecuencias	Porcentajes
Entre 20 y 35 años	7	3.5%
Entre 36 y 45 años	70	35%
Entre 46 y 55 años	67	33.5%
Entre 56 y 65 años	56	28%
Total	200	100%

Instrumentos

Se aplicaron dos Escalas: el Cuestionario de Rasgos Prototípicos de la Personalidad Madura (CRPM) (Zacarés y Serra, 1998), y la Taxonomía de los Cinco Grandes en Español (5GE) (Iraegui y Quevedo-Aguado, 2002); respecto a las características de ambas pruebas, la más relevantes son:

Taxonomía de los 5GE. Instrumento que representa la Taxonomía Léxica Española en su formato breve de 150 Mini-marcadores, descriptores de personalidad, según Iraegui y Quevedo-Aguado (2002). Los sujetos de la muestra tenían que evaluar 150 descriptores de acuerdo al grado en que los consideraban o no adecuados para definir los rasgos de la personalidad madura.

Se factorizan los datos mediante método de Componentes principales con criterio varimax y rotación ortogonal. La solución final de la factorización, son 5 factores que han necesitado 9 iteraciones para su convergencia, explicando el 36,970% de la Varianza total.

CRPM. Instrumento diseñado por Zacarés y Serra (1998) con el fin de evaluar con 100 descriptores el grado en que esos atributos resultan más o menos característicos de una personalidad madura.

Se factorizan los datos mediante método de Componentes principales con criterio Varimax y rotación ortogonal. La solución final de la factorización, fueron 7 factores, explicando el 40,6% de la Varianza total de las puntuaciones.

Realizadas las pruebas de calidad psicométrica de ambas Escalas, los resultados reflejan adecuados Indicadores de Fiabilidad (Tabla 4), apoyando su capacidad para evaluar las características de la personalidad madura.

Tabla 4. Índices de fiabilidad de las escalas.

Escala	Alfa de Crombach	Nº Elementos
5GE	0,937	5
CRPM	0,901	100

Nota. 5GE = Taxonomía de los Cinco Grandes en español; CRPM = Cuestionario de Rasgos Prototípicos de la Personalidad Madura.

Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados a través de diferentes Asociaciones Clínicas y de Psicoterapia a las que se enviaban los cuestionarios para ser distribuidos entre quienes quisieran colaborar, siendo posteriormente remitidos conjuntamente a este equipo de forma anónima.

Resultados

Presentamos los resultados más relevantes:

Bajas correlaciones de Pearson entre ambas Escalas (r_{xy} entre 0,15 y 0,20) y elevadas y significativas correlaciones entre los diferentes factores de cada escala:

5GE: Correlaciones entre 0,61 y 0,83

CRPM: Correlaciones entre 0,20 y 0,63

Ambos instrumentos evalúan distintos aspectos relacionados con la madurez; mientras las elevadas correlaciones entre los diferentes factores de cada escala en ambas pruebas avalan la coherencia interna validez de las pruebas que es muy superior en la Escala 5GE.

En las pruebas de medidas repetidas, hemos encontrado:

Diferencias significativas en la 5GE (Epsilon de Greenhouse-Geisser) intra-sujetos explicando un 8% del efecto (4% explicado desde la escala de los 5GE, y 4,2% explicado por la Interacción entre 5GE*Modelo clínico*Sexo)

- Tendencia diferencial entre los psicólogos clínicos de modelo dinámico, para quienes las puntuaciones en las cinco dimensiones son más intensas y relevantes que para el resto de clínicos, mientras para los sistémicos la dimensión responsabilidad tendría menor relevancia para describir la personalidad madura.
- para los varones son más relevantes que para las mujeres las dimensiones emocional y de sociabilidad en la personalidad madura (Tablas 5 y 7)

Diferencias significativas en la CRPM (Epsilon de Greenhouse-Geisser) intra-sujetos explicando un 90% del efecto explicado desde la escala, y 8% explicado por la Interacción entre CRPM*modelo clínico*edad*sexo

- Parecería que existe la tendencia que muestra diferencias entre los psicólogos clínicos de modelo dinámico, para quienes las puntuaciones en las siete dimensiones son más intensas y relevantes que para el resto de clínicos, lo que implicaría que consideran estas dimensiones como indicadores más potentes de madurez psicológica.
- por los resultados encontrados en tres dimensiones de la escala (dimensión social, de autonomía y de actividad) (Tablas 6 y 7), se considera la Sociabilidad un factor relevante más para las mujeres en franjas de edad entre 35/55 años; en esta misma franja de edad, cobran relevancia la dimensión de autonomía para los dinámicos, y la de actividad para los varones no clínicos (Tablas 2, 3 y 4).

Tabla 5. Interacción sexo*modelo clínico (items 7, 13, 23, 25, 88).

Dimensión social	Puntuaciones significativas más elevadas
Reservado	Mujeres y varones clínicos frente a no clínicos
Sociable	Mujeres no clínicas

Tabla 6. Interacción edad*modelo clínico (items 13, 15, 20, 23, 24, 28).

	Puntuaciones significativas más elevadas
Dimensión social	Sistémicos y conductuales entre 35/55 años
Sociable	
Dimensión autonomía	Dinámicos a partir de 35 años
Autónomo	

Tabla 7. Interacción modelo clínico*edad*sexo (items 25, 55, 89).

	Puntuaciones significativas más elevadas
Dimensión social	Mujeres, conductuales entre 35/55 años
Sociable	
Dimensión actividad	Varones, no clínicos entre 35/55 años
Activo	

En la prueba de análisis de cluster o conglomerados (método de *promedio entre grupos*), realizada para conocer la estructura latente de los datos a partir de las distancias, se obtienen dos cluster interrelacionando variables de ambas escalas y organizados de la siguiente manera:

Cluster 1: extraversión, tradicionalidad generativa, identidad difusa, madurez interpersonal y estabilidad emocional.

Cluster 2: estabilidad emocional, responsabilidad, agradabilidad, extraversión, integridad, competencia y apertura.

Discusión/Conclusiones

- Ambas escalas son suficientemente fiables y válidas para evaluar diferentes componentes de la madurez psicológica; sin embargo, la 5ge muestra mayor consistencia interna, probablemente debido a su formato y la amplia investigación que le sustenta.
- Los datos apoyarían la hipótesis de que ambas escalas evalúan aspectos distintos de la madurez: en unos casos más centrados en la respuestas situacionales y, por tanto de conducta, en el caso de la escala CRPM, y en otros describiendo más características Internas de carácter más estables, éste es el caso de la escala 5GE
- En la mayoría de los tratamientos aplicados se observan tendencias diferenciales sobre todo en la variable modelo de intervención y más escasas en las variables sexo y edad, que no pueden considerarse suficientemente amplias como para considerar que verifican la hipótesis planteada.

- Se observan algunas diferencias establecidas a través de distintas pruebas estadísticas que, manifestarían la tendencia de los modelos clínicos a marcar distancia en su consideración de la madurez con los no clínicos. Además, en particular los modelos dinámicos parecen manifestar interesantes diferencias respecto a los demás clínicos, demostrado especialmente por puntuaciones más intensas en todos los factores de ambas escalas, lo que nos lleva a interpretar que es posible que el constructo global de madurez personal relacionado en el bienestar psicológico, sea más relevante para este tipo de intervención que para el resto, dato que se correspondería con los supuestos conceptuales propios del modelo.
- Parece obvio que, al plantear el estudio un trabajo piloto sobre las hipótesis reseñadas, la mayor limitación está relacionada con el tamaño de la muestra ($N = 200$) que, si bien aporta indicios para explorar en futuros trabajos, al subdividirse en los cuatro grupos clínicos, reduce extraordinariamente la representatividad y, por tanto constriñe la aparición de diferencias más marcadas y relevantes.
- Los resultados del análisis de *cluster* nuevamente apoyan la hipótesis de que ambas pruebas evalúan aspectos diferentes de la madurez psicológica, centrándose la escala CRPM más en los aspectos denominados desde la psicología de la personalidad estados (Bermúdez, Pérez-García, Ruíz, Sanjuán y Rueda, 2011; Fierro, 2002; John, Robins y Pervin, 2010; Pervin, 1998), mientras la Escala 5GE se centraría en formas más permanentes de conducta, denominadas RASGOS (Hampson, 1986; Pervin, 1998). Además, analizando los contenidos de los *Cluster*, podemos observar cómo el primer Conglomerado se focaliza especialmente en ámbitos sociales relacionados con los comportamientos maduros, por lo que se ha denominado actitud social, mientras el segundo enfatiza los componentes personales de la madurez descritos por los cinco factores del 5GE y reforzados por los factores de competencia y apertura de la escala CRPM, por lo que se ha nombrado como actitud personal.
- Los resultados arrojados por la prueba de conglomerados, apoyan la hipótesis de que los participantes de la muestra, de modo homogéneo, interpretan que, tras el constructo global de madurez psicológica, identificaríamos dos áreas básicas para trabajar el bienestar psicológico en los demandantes de psicoterapia: un área social vinculada al cómo y el cuándo de las relaciones interpersonales, y un área más personal, relacionada con los procesos cognitivos y emocionales que guían los comportamientos estables del sujeto. Podríamos afirmar en este sentido, que los datos obtenidos en nuestro trabajo, avalan que ambos aspectos de la madurez son centrales en la intervención clínica para todos los modelos cuando el objetivo está centrado en la mejora del bienestar psicológico.
- Finalmente, insistimos en el carácter exploratorio del trabajo que se presenta, así como en la necesidad de ampliar la muestra con el fin de dar solidez empírica a las hipótesis teóricas de las que se parte en esta línea de trabajo que, sin duda aportaría criterios relevantes para la intervención clínica, además de posibilitar el uso de un instrumento de evaluación adecuado para la medida de una variable tan compleja como la madurez personal.

Referencias

- Allport, G. W. (1961,1986). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Benavente, M. H. y Quevedo-Aguado, M. P. (2014). *Sobre la personalidad madura*. Madrid: CCS.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., Ruíz, J. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hampson, S. E. (1986). *La construcción de la personalidad*. Barcelona: Paidós
- Iraegui, A. y Quevedo-Aguado, M. P. (2002). Aproximación psicolingüística al estudio de la personalidad en español: una propuesta taxonómica. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 7(1). Recuperado el 8 Abril 2006, de <http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi7-1/iraegui/iraegui.htm>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- John, O. P., Robins, R. W. y Pervin, L. A. (Eds.) (2010). *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Maslow, A. H. (2003). *El hombre autorrealizado*. (15ª ed.). Barcelona: Kairós.
- Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la Personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1996). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Zacarés, J. J. y Serra, E. (1998). *La madurez personal: perspectivas desde la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

PERSONAL AND PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF TOBACCO AND ALCOHOL USE IN ADOLESCENCE

Paulo C. Dias*, José A. García del Castillo** and Álvaro García del Castillo-López^{1**}

***Universidade Católica Portuguesa, Portugal*

***Universidad Miguel Hernández, Elche, España*

ABSTRACT. Background: Substance use in adolescence continues to be one of major concerns in public health. Its implications in personal and social terms motivate the search for determinants of consumption in order to develop effective preventive responses. **Method:** this study aims to explore personal determinants of tobacco and alcohol among a sample of 323 adolescents, 199 of them were girls (61.6%), aged between 15 and 19 years ($M = 16.79$, $SD = 1.096$) who attended Portuguese public high schools. For data collection, it was used a socio-demographic and consumption questionnaire, the Proactive Attitude Scale, the Proactive Coping Scale, the General Self-Efficacy Scale, the Berlin Social Support Scales and the Scales of Attitudes Toward Tobacco and Alcohol to evaluate psychosocial determinants. **Results:** The results allow us to verify the determinant role of attitudes on the experience of tobacco use, being higher among those who have tried and with a positive correlation with the intensity of consumption. Nevertheless, the onset age of cigarette smoking correlates only with the perception of emotional support. Also on alcohol consumption, there was a more favorable attitude among those who have tried and a negative correlation with the age of first experience. In addition, differences in attitudes were verified depending on the pattern of consumption, with more favorable attitudes according with binge drinking frequency and drunkenness episodes. Is also noticed a lower perception of demand and need for social support between adolescents that relate more drunkenness episodes. **Conclusions:** The study suggests the central role of attitudes towards consumption, although depending on the specific substances, findings that should be explored in future studies. These data are discussed according the existing literature and implications to prevention and further studies are presented.

Keywords: Determinants, alcohol, tobacco, attitudes.

Introduction

Substance use in adolescence continues to be one of major concerns in public health. Despite its presence throughout the history of mankind, its implications in personal and social terms motivate long and intense efforts to characterize it, searching for determinants in order to develop effective preventive interventions. Given the lack of research in our context, this study aims to explore personal and psychosocial determinants of tobacco and alcohol use, a topic that has generated a lot of enthusiasm and contributes at biological, social or psychological level.

¹Correspondence: Álvaro García del Castillo-López. Universidad Miguel Hernández, Campus de Sant Joan. Carretera de Alicante-Valencia s/n, 03550-Sant Joan d'Alacant (Alicante), España. E-mail: alvaro.garcia@umh.es

Although in most countries there is a higher use rate among boys (Dias, Oliveira, & Lopes, 2011; Palipudi et al., 2012; Precioso, Samorinha, Macedo, & Antunes, 2012) in Portugal the results tend to show a substantial increase in consumption, especially among the female population (Precioso et al., 2009). The contact with consumers at home, especially the mother (Elliott, Carey, & Bonafide, 2012; Ferreira-Borges, Filho, & Ramos, 2006; Sánchez, Opaleye, Martins, Ahluwalia, & Noto, 2010), and leisure activities appear recurrently as determinants in adolescents (García-Rodríguez, Suarez Vazquez, Secades-Villa, & Fernández-Hermida, 2010; Sanchez et al., 2010). The risk of consumption also increases with the consumption of peers, especially when contacting with older schoolmates (García-Rodríguez et al., 2010; Leatherdale, McDonald, Cameron, & Brown, 2005). Also socio-economic factors (Palipudi et al., 2012) or advertising have been studied (García del Castillo, Gásquez, & Castillo-Lopez, 2011; Griffiths, 2010), although some studies show that the effects are neutralized by the influence parental and peers support (Kinard & Webster, 2010).

In Portuguese context, a recent study with individuals older than 18 years (Dias et al., 2011) pointed out as major determinants of alcohol and tobacco consumption the gender, lower education, older age and schooling. In this paper we intend to focus in on a younger population of school-age adolescents, exploring the role of socio-demographic and psychological variables on alcohol and tobacco use, especially the proactive attitudes and in relation to substance use, coping proactive, self-regulation, self-efficacy and perceived social support. Some studies in our context has allowed us to realize a closer relationship between self-regulation and substance use (García del Castillo & Dias, 2007, 2009; García del Castillo, Dias, & Perim, 2012), as well as the attitudes and consumption tobacco and alcohol (Carvalho, 1986, 1993; García del Castillo, Dias, Díaz-Pérez, et al., 2012; Jiménez, Díaz, & Ruiz, 2006; Pimentel, Coelho Junior, & Aragão, 2009). Less evidence exists on the relationship with the social support and recent lines in attitudes and coping as proactive attitude and coping that we intend to explore in the present research.

Method

Participants

In the sample of this of study were 323 adolescents, 199 of them were girls (61.6%), aged between 15 and 19 years ($M = 16.79$, $SD = 1.10$) who attended Portuguese public high schools.

Materials/instruments

Besides a socio-demographic questionnaire to gather personal data and substance use of the sample, a set of other measures was used.

The Proactive Coping Scale, one subscale of the Proactive Coping Inventory developed by Greenglass, Schwarzer, & Taubert (1999), adapted to Portuguese by Marques, Lemos, & Greenglass (2004), with 14 items evaluates active coping strategies used by adolescents, when dealing with certain problems.

The Proactive Attitude Scale (Schwarzer, 1999a), a measure with 8 items that evaluates individual perception of personal resources to action, translated and adapted to Portuguese by Nunes & Schwarzer (1999).

The Self-regulation Scale (Schwarzer, 1999b), comprises 10 items to evaluate self-regulation as a multidimensional and dispositional approach. This measure is

adapted to Portuguese with acceptable validity and reliability, given its $\alpha = 0.78$ (Dias, García del Castillo, & Schwarzer, 2008).

The General Self-efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995) presents 10 items to evaluate optimistic self-beliefs to cope with difficult demands in life. Adapted to Portuguese by Araújo & Moura (2011), this scale presents adequate psychometric properties as unidimensional measure with $\alpha = 0.87$.

The Berlin Social Support Scales (Schwarzer & Schulz, 2000), with 17 items, evaluates perceived available support (emotional and instrumental), need for support and support seeking. Its adaptation to Portuguese demonstrated appropriate validity and reliability since $\alpha = 0.61$ at need for support scale to $\alpha = 0.80$ at perceived available emotional support (Dias & García del Castillo, 2014).

And the Attitudes toward Tobacco and Alcohol (García-Rodríguez & López-Sánchez, 2001), two scales with 13 items each to evaluate predisposition to use, displeasure index and satisfaction perception toward alcohol or tobacco use. These scales were adapted to Portuguese context by García del Castillo, Dias, Díaz-Pérez, and colleagues (2012), with good validity and good reliability (from $\alpha = 0.60$ at the satisfaction perception to 0.91 at the displeasure index to alcohol use; and $\alpha = 0.76$ at the satisfaction perception to 0.91 at the predisposition to use to Tabaco).

Procedure

After gathering the authorization of the authors of the measures, the school boards and parents of secondary students in the north of Portugal, instruments were administered to a non-probabilistic sample and completed by students in the classroom during normal school hours, on times assigned by teachers for the purpose. After collecting data, answers were coded and analyzed in the statistical analysis program Statistical Package for Social Sciences, version 15.

Design

This is transversal *ex-post facto* study, with a cross-sectional design.

Results

At the Table 1 we can verify differences in dependent variables according to tobacco or alcohol use, being significative especially in attitudes toward tobacco or alcohol. Also positive correlations were found between onset age of smoking with emotional support ($r = .173$, $p < .05$) and between smoking intensity with attitudes, whether at full scale ($r_s = .418$, $p < .01$) as in the specific dimensions as consumption disposition ($r_s = .556$, $p < .01$), dissatisfaction index ($r_s = -.406$, $p < .01$), and perceived satisfaction ($r_s = .379$, $p < .01$). Onset age of alcohol consumption correlated negatively with the predisposition to consumption ($r = -.147$, $p < .05$) and positively with the action against the consumption ($r = .163$, $p < .01$).

Table 1. Mean differences according to tobacco and alcohol use.

	Tobacco					Alcohol				
	Yes		No		<i>p</i>	Yes		No		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Proactivecoping	43.681	4.036	44.370	4.485	.160	44.059	4.153	43.333	5.155	.377
Proactiveattitude	26.780	2.259	26.806	2.546	.923	26.871	2.371	26.091	2.492	.076
Instrumental support	14.747	1.636	14.669	1.864	.688	14.713	1.739	14.667	1.780	.886
Emotionalsupport	14.780	1.706	14.597	1.871	.362	14.694	1.790	14.719	1.764	.942
Seeksupport	15.932	2.844	16.147	2.409	.473	16.011	2.716	16.212	2.133	.681
Needsupport	12.529	2.158	12.521	2.145	.974	12.525	2.149	12.515	2.210	.981
Self-regulation	27.899	3.890	29.266	4.206	.003	28.495	4.065	28.788	4.357	.698
Self-efficacy	31.449	4.122	31.511	4.218	.896	31.620	4.135	30.281	4.282	.085
Predispositionto use	9.607	5.142	5.875	2.394	.000	8.194	4.694	5.788	1.816	.004
Displeasure index	14.586	3.913	17.438	2.894	.000	15.712	3.843	17.344	2.635	.020
Satisfactionperception	7.261	3.218	5.9510	2.482	.000	6.825	3.014	5.406	2.326	.010
Attitude toward use (Tobacco or Alcohol)	31.238	5.724	29.291	3.900	.001	30.601	5.195	28.355	3.168	.019

According to alcohol consumption pattern, we found significant differences in self-regulation ($F = 2.496$, $p = .03$), displeasure index ($F = 26.972$, $p < .01$), predisposition to consumption ($F = 9.182$, $p < .01$), action against alcohol ($F = 6.258$, $p < .01$) and at attitudes' toward alcohol total score ($F = 7.567$, $p < .01$). Results are consistently higher among those who do not use alcohol and lower in those consuming every day, except in predisposition to consumption. We found also a negative correlation between the number of times that is adolescents get drunk and demand for support ($r = -.121$, $p = .031$), required support ($r = -.127$, $p = .025$) as well as the attitude ($r = -.122$, $p = .031$), displeasure index ($r = -.418$, $p < .01$), action against consumption ($r = -.199$, $p < .01$), and positive relation with predisposition for consumption ($r = -.386$, $p < .01$). Also in binge drinking we verified increased self-regulation among those never used alcohol intensively [$t_{(304)} = -2.408$, $p = .017$] and higher attitude, is the displeasure index [$t_{(316)} = -5.422$, $p < .01$] as action against consumption [$t_{(319)} = -2.093$, $p = .037$], and higher predisposition to consumption [$t_{(319)} = 4.461$, $p < .01$] between those who drank intensively.

Discussion/Conclusion

The results of the present study highlight the central role of attitudes toward substance use whether in experience, onset age and intensity of use, in line with previous studies (García del Castillo, Dias, & Perim, 2012; García del Castillo, Sánchez, & Soler, 2006; Jiménez et al., 2006; Pimentel et al., 2009). Results allow us also to understand that adolescents who start using alcohol or tobacco earlier present more positive attitudes toward substance use, what might allow us to discuss about the complex effect of substance use in attitudes. A topic that might be deepen in further longitudinal or mixed studies.

Despite the differential role of self-regulation in alcohol use and binge drinking (García del Castillo, Dias, & Perim, 2012; Hustad, Carey, Carey, & Maisto, 2009), or social support (Averna & Hesselbrock, 2001) results look more consistent in attitudes toward substance use. In fact, attitudes still the most consistent factor that differentiates these risk behaviors in line with theory of planned behavior (Ajzen, 2011; Ajzen & Fishbein, 2005). Somehow surprisingly proactive coping and proactive attitudes didn't appear as determinants of experience and alcohol and tobacco use. Eventually these

might be more general constructs without any direct influence on substance use but mediated to specific attitudes or other constructs.

Despite these results, this was a small study with a non-probabilistic sample, so further studies are needed in this line. Particularly important to explore the differential influence of determinates according to substances. Also in intervention terms this data support the need to develop and evaluate the efficacy of preventive interventions specifically directed to each substance given the specific determinants of alcohol or tobacco use in adolescence, a topic that should be explored in further research.

References

- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113-1127.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura Factorial da General Self-Efficacy Scale numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Averna, S., & Hesselbrock, V. (2001). The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 26(3), 363-374.
- Carvalho, J. N. (1986). Atitudes e consumo de tabaco, álcool e droga: Implicações para a prevenção. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 89-95.
- Carvalho, J. N. (1993). A medição das atitudes em relação ao álcool e drogas. In A. Cândido (Ed.), *Dizer a droga ouvir as drogas: Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo* (pp. 132-143). Porto: Radiocario.
- Dias, P. C., & García del Castillo, J. A. (2014). Portuguese version of the Berlin Social-Support Scales [Unpublished paper]. Braga: Faculdade de Filosofia.
- Dias, P. C., García del Castillo, J. A., & Schwarzer, R. (2008). Estudo de adaptação da Escala de Auto-Regulação para a população Portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Dias, P., Oliveira, A., & Lopes, C. (2011). Social and behavioural determinants of alcohol consumption. *Annals of Human Biology*, 38(3), 337-344.
- Elliott, J. C., Carey, K. B., & Bonafide, K. E. (2012). Does family history of alcohol problems influence college and university drinking or substance use? A meta-analytical review. *Addiction*, 107, 1774-1785.
- Ferreira-Borges, C., Filho, H., & Ramos, P. (2006). Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.o e 3.o ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 41-54.
- García del Castillo, J. A., & Dias, P. C. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Revista Salud y Drogas*, 7(2), 309-332.
- García del Castillo, J. A., & Dias, P. C. (2009). Auto-regulação, resiliência e consumo de substâncias na adolescência: Contributos da adaptação do Questionário Reduzido de Auto-regulação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2), 205-216.

- García del Castillo, J. A., Dias, P. C., Díaz-Pérez, J., Bastos, A. S., García del Castillo-López, A., López-Sánchez, C., & Maciá, D. (2012). Adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en adolescentes portugueses. *Health and Addictions*, 12(1), 79-99.
- García del Castillo, J. A., Dias, P. C., & Perim, P. C. (2012). Auto-regulação e consumo de substâncias na adolescência. Evidências de um estudo exploratório. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 238-247.
- García del Castillo, J. A., Gásquez, A., & Castillo-Lopez, A. (2011). Importancia de la credibilidad de las fuentes mediáticas en materia de drogas. *Miguel Hernández Communication Journal*, 2, 10-23.
- García del Castillo, J. A., Sánchez, C. L., & Soler, M. C. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. *Salud y Drogas*, 6(2), 149-159.
- García-Rodríguez, J. A., & López-Sánchez, C. (2001). Medida de las actitudes en la prevención de las drogodependencias. In J. A. García-Rodríguez & C. López-Sánchez (coords.), *Manual de estudios sobre alcohol* (pp. 25-39). Madrid: EDAF.
- García-Rodríguez, O., Suárez-Vázquez, R., Secades-Villa, R., & Fernández-Hermida, J. R. (2010). Smoking risk factors and gender differences among Spanish high school students. *Journal of Drug Education*, 40(2), 143-156.
- Greenglass, E. R., Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument*. Available from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/greenpci.htm>
- Griffiths, M. D. (2010). Media and advertising influences on adolescent risk behavior. *Education and Health*, 28(1), 2-5.
- Hustad, J. T., Carey, K. B., Carey, M. P., & Maisto, S. A. (2009). Self-regulation, alcohol consumption, and consequences in college student heavy drinkers: A simultaneous latent growth analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(3), 373-382.
- Jiménez, M. V., Díaz, F. V., & Ruiz, C. S. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Kinard, B. R., & Webster, C. (2010). The effects of advertising, social influences, and self-efficacy on adolescent tobacco use and alcohol consumption. *The Journal of Consumer Affairs*, 44(1), 24-43.
- Leatherdale, S. T., McDonald, P. W., Cameron, R., & Brown, K. S. (2005). A multilevel analysis examining the relationship between social influences for smoking and smoking onset. *American Journal of Health Behavior*, 29(6), 520-530.
- Marques, S., Lemos, J., & Greenglass, E. (2004). *Proactive Coping Inventory (PCI), Portuguese Translation*. Available from http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci_porto.htm
- Nunes, R., & Schwarzer, R. (1999). *Atitude Proactiva*. Available from http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Portuguese/Atitude_Proactiva/hauptteil_atitude_proactiva.htm
- Palipudi, K. M., Gupta, P. C., Sinha, D. N., Andes, L. J., Asma, S., & McAfee, T. (2012). Social determinants of health and tobacco use in thirteen low and middle

- income countries: Evidence from global adult tobacco survey. *PlosOne*, 7(3), 1-9.
- Pimentel, C. E., Coelho Júnior, L. L., & Aragão, T. (2009). Atitudes frente ao uso de álcool, maconha e outras drogas: verificando relações de predição e mediação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 29-35.
- Precioso, J., Calheiros, J. M., Pereira, D., Campos, H., Antunes, H., Rebelo, L., & Bonito, J. (2009). Estado actual e evolução da epidemia tabágica: em Portugal e na Europa. *Acta Médica Portuguesa*, 22(4), 335-348.
- Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M., & Antunes, H., (2012). Smoking prevalence in Portuguese school-aged adolescents by gender: Can we be optimistic? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(4), 182-187.
- Sanchez, Z. M., Opaleye, E. S., Martins, S. S. Ahluwalia, J. S., & Noto, A. N. (2010). Adolescent gender differences in the determinants of tobacco smoking: a cross sectional survey among high school students in São Paulo. *BMC Public Health*, 10, 748.
- Schwarzer, R. (1999a). *The Proactive Attitude Scale*. Available from http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/Proactive_Attitude/hauptteil_proactive_attitude.htm
- Schwarzer, R. (1999b). *Self-regulation Scale*. Available from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfreg.htm>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Orgs.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2000). *Berlin Social Support Scales*. Available from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/bsss.htm>

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN LA INFANCIA

**Inmaculada Montoya-Castilla¹, Tamara Jiménez, Ana Ordóñez
y Remedios González**

Universitat de València, España

RESUMEN. Antecedentes: La inteligencia emocional refiere a un conjunto de habilidades y capacidades que permiten reconocer, expresar las emociones, identificar las emociones en los otros y crear relaciones interpersonales satisfactorias. La sintomatología depresiva en la infancia se caracteriza por: baja autoestima, alteraciones del sueño, aislamiento social, alteraciones del apetito y peso, hiperactividad, disforia, anhedonia e ideación suicida. El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación entre la inteligencia emocional y la depresión en la infancia. **Método:** Los participantes fueron 421 alumnos de colegios de la Comunidad Valenciana, de entre 10 y 12 años. La evaluación se realizó en horario escolar. La participación fue voluntaria y se informó de la confidencialidad. Se utilizó el *Emotional Quotient Inventory: Youth Version* (EQ-i:YV) y el *Children's Depression Inventory-Short* (CDI-S). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante pruebas t y correlaciones. **Resultados:** Los resultados indican que existen diferencias según sexo. Respecto a la inteligencia emocional, las mujeres muestran mayores niveles de inteligencia interpersonal, mientras los hombres destacan en adaptabilidad. En cuanto a la depresión, los hombres manifiestan mayores niveles. La edad se relaciona negativamente con algunos factores de inteligencia emocional y positivamente con depresión. Todas las escalas del cuestionario de inteligencia emocional se relacionan negativamente con depresión. **Conclusiones:** En este trabajo se ponen de manifiesto las diferencias en inteligencia emocional y depresión según sexo y edad. El nivel de inteligencia emocional de los niños está relacionado con los síntomas depresivos. Estos resultados aportan claridad a la relación entre emociones y salud. En este sentido, es importante realizar una buena educación emocional para prevenir trastornos psicológicos, como la depresión. En la medida en que los niños hagan un buen manejo de sus emociones se favorece el bienestar psicológico.

Palabras clave: inteligencia emocional, depresión, infancia, psicopatología.

ABSTRACT. Background: Emotional intelligence is defined as a set of skills and abilities that allow us to recognize and express emotions, identify emotions in others and create satisfying relationships. Depressive symptomatology in childhood is characterized by low self-esteem, sleep disturbances, social withdrawal, changes in appetite and weight, hyperactivity, dysphoria, anhedonia, and suicidal ideation. The aim of this work is to study the relationship between emotional intelligence and depression in childhood. **Method:** The participants

¹Correspondencia: 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

were 421 students from schools in Valencia, between 10 and 12 years old. The evaluation was conducted during school hours. Participation was voluntary and confidentiality was reported. The Youth Version (EQ-i: YV) of the Emotional Intelligence Questionnaire was used, as was the Children's Depression Inventory-Short (CDI-S). The statistical analysis of the data was performed using t test correlations. **Results:** The results indicate that there are differences depending on the sex. As regards emotional intelligence, women show higher levels of interpersonal intelligence, while men excel in adaptability. As for as depression is concerned, men manifest higher levels. Age was negatively related with some factors of emotional intelligence and positively with depression. All of the subscales of emotional intelligence are negatively related with depression. **Conclusions:** In this paper, we show the differences in emotional intelligence and depression by sex and age. The level of emotional intelligence of children is related with depressive symptoms. These results add clarity to the relationship between emotions and health. In this regard, it is important to provide a good emotional education to prevent psychological disorders, such as depression. The better children can deal with their emotions, the greater their psychological wellbeing.

Keywords: Emotional intelligence, depression, childhood, psychopathology.

Introducción

La inteligencia emocional se asocia con un mayor desajuste psicológico (Resurrección, Salguero y Ruiz-Aranda, 2014; Roswell, Ciarrochi, Heaven y Deane, 2014; Trentacosta y Fine, 2010). El concepto de inteligencia emocional fue propuesto por Salovey y Mayer (1990), quienes la definieron como la habilidad para supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminando entre ellas y usando esta información para guiar el comportamiento y las actuaciones. Actualmente, existen definiciones de inteligencia emocional que incorporan aspectos intelectuales y de personalidad (Bar-On, 2006; Ferrando et al., 2010). Estos son los modelos de rasgo o mixtos. Así, en el modelo propuesto por Bar-On (2000, 2006), se define la inteligencia emocional como el conjunto interrelacionado de competencias, habilidades emocionales y sociales facilitadoras, que determinan el grado en que la persona se expresa y comprende a sí misma, a los demás, se relaciona con ellos y afronta las demandas de la vida cotidiana. Este modelo combina habilidades cognitivas y características emocionales o disposicionales.

La depresión consiste en un estado de ánimo caracterizado por la tristeza, la desesperanza, el cansancio, la melancolía, la incapacidad para concentrarse y la falta de entusiasmo y disfrute (Del Barrio y Carrasco, 2013). La depresión infantil tiene características propias como la irritabilidad (Comeche y Vallejo, 2012; Del Barrio y Carrasco, 2013). En la infancia, las consecuencias de la depresión pueden afectar a la vida adulta, ya que generalmente interfiere en el proceso de crecimiento y maduración (Comeche y Vallejo, 2012).

Se ha puesto de manifiesto que existen diferencias de sexo en relación a la inteligencia emocional, en concreto las chicas poseen mayores competencias al expresar y comprender emociones (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Joseph y Newman, 2010; Sánchez, Fernández-Berrocal, Montañés, y Latorre, 2008). En el caso de la depresión, las niñas presentan un mayor malestar emocional y sintomatología depresiva

que los varones (Stansfeld, Clark, Rodgers, Caldwell y Power, 2011; Wade, Cairney y Pevalin, 2002). Con respecto a la edad, se ha observado que aumenta la inteligencia emocional con el desarrollo (Eastabrook, Flynn y Hollenstein, 2014). Así mismo, se observa una relación positiva entre edad y problemas depresivos, aumentando estos con la edad (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).

Se considera que aquellas personas con menor inteligencia emocional tienen más problemas de salud (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2002), aislamiento social, ansiedad, depresión, problemas de atención o de pensamiento, delincuencia, agresividad, ira (Goleman, 1996; Salguero e Iruarizaga, 2006), estrés, y conductas agresivas (Siu, 2009). En concreto, se observa cómo las personas con depresión grave y ligera muestran menos habilidades emocionales (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006), indicando una asociación negativa entre la inteligencia emocional y la psicopatología depresiva y ansiosa (Martín, Harillo y Mora, 2008). En este sentido, en la actualidad se está investigando cómo prevenir problemas psicopatológicos, y cómo promover el bienestar entre los menores (Fazel, Hoagwood, Stephan y Ford, 2014; Fazel, Patel, Thomas y Tol 2014; González y Villanueva, 2014).

Los objetivos de la presente investigación son estudiar las diferencias de sexo y edad en inteligencia emocional y depresión, así como la relación entre ambas variables. A partir de los objetivos, las hipótesis planteadas son: 1) las niñas presentarán mayores puntuaciones en inteligencia emocional y depresión; 2) la edad se relacionará positivamente con la inteligencia emocional y la depresión; y 3) la inteligencia emocional se relacionará negativamente con la depresión.

Método

Participantes

Los participantes fueron 421 escolares (49,6% niñas, $n = 209$; 50,4% niños, $n = 212$), entre 10 y 12 años de edad ($M = 10,77$; $DT = 0,68$), procedentes de centros educativos de la Comunidad Valenciana y de Castilla-La Mancha (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas.

Edad	Niños		Niñas		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
10 años	68	16,2	90	21,4	158	37,6
11 años	107	25,4	94	22,3	201	47,7
12 años	37	8,8	25	5,9	62	14,7
Total	212	50,4	209	49,6	421	100

Instrumentos utilizados

Se evaluaron las variables demográficas (sexo y edad) a través de un breve cuestionario creado ad-hoc.

La inteligencia emocional se evaluó con el *Emotional Intelligence Inventory: Young Version* (EQ-i:YV, Bar-On, 2000), para niños y adolescentes (7-18 años). Valora cinco dimensiones: intrapersonal, interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo general. El cuestionario posee buenas propiedades psicométricas, oscilando la fiabilidad de las dimensiones entre $\alpha = 0,63$ y $\alpha = 0,80$, y una adecuada validez concurrente (Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sainz, 2012).

Para evaluar la depresión se utilizó el *Children's Depression Inventory-Short* (CDI-S) (Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002; Kovacs, 1992), para niños y adolescentes (7-17 años). Está diseñado para identificar síntomas de relevancia clínica en la depresión, en torno a tres factores: falta de autoestima, desesperanza y anhedonia. Consta de 10 preguntas tipo Likert, con 3 anclajes de respuesta (0 a 2). El niño debe escoger aquella afirmación que mejor describe su situación en las últimas dos semanas. Sus propiedades psicométricas son apropiadas, dado que tiene una fiabilidad de $\alpha = 0,71$, y una adecuada validez concurrente (Del Barrio et al., 2002).

Procedimiento

Se contactó con los centros escolares, ofreciéndoles información sobre la investigación y se solicitó su colaboración. Se solicitó el consentimiento informado a los padres y/o tutores legales. La evaluación se realizó en sus aulas, de manera colectiva y en horario lectivo, por una psicóloga con experiencia y un docente del grupo. El estudio de los datos se hizo con el programa SPSS v.22, realizándose pruebas t para muestras independientes y correlaciones bivariadas de Pearson.

Diseño

Esta investigación es un estudio cuasi-experimental, de corte transversal. La muestra que se ha utilizado es incidental, seleccionándose los participantes directamente para la investigación.

Resultados

En cuanto a la inteligencia emocional, se observa que los participantes puntúan más alto en Estado de ánimo ($M = 3,36$; $DT = 0,46$), seguido de Inteligencia interpersonal ($M = 3,19$; $DT = 0,46$), Inteligencia emocional (global) ($M = 3,01$; $DT = 0,34$), Manejo del estrés ($M = 2,85$; $DT = 0,45$), Adaptabilidad ($M = 2,84$; $DT = 0,52$) y finalmente, Inteligencia intrapersonal ($M = 2,43$; $DT = 0,62$). Respecto a la variable depresión, predomina la Desesperanza ($M = 0,32$; $DT = 0,32$), seguida de Depresión (global) ($M = 0,27$; $DT = 0,25$), Anhedonia ($M = 0,25$; $DT = 0,32$) y Falta de autoestima ($M = 0,23$; $DT = 0,31$).

Los niños puntúan significativamente más alto en Adaptabilidad ($t = -2,04$; $p = 0,042$) y en Depresión (global) ($t = -2,04$; $p = 0,042$), que las niñas. Mientras que éstas muestran mayores puntuaciones en Inteligencia interpersonal ($t = 3,07$; $p = 0,002$) (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias según sexo en inteligencia emocional y depresión.

	Variables	Niños		Niñas		t
		M	DT	M	DT	
Inteligencia emocional	Escala Global	2,99	0,36	3,03	0,32	0,97
	Intrapersonal	2,41	0,60	2,45	0,64	0,61
	Interpersonal	3,12	0,50	3,26	0,40	3,07**
	Manejo del estrés	2,85	0,48	2,85	0,41	-0,11
	Adaptabilidad	2,89	0,54	2,79	0,50	-2,04*
	Estado de ánimo	3,32	0,49	3,39	0,42	1,58
Depresión	Escala Global	0,29	0,27	0,24	0,21	-2,04*
	Falta de	0,25	0,35	0,21	0,26	-1,58
	Autoestima	0,34	0,33	0,30	0,32	-1,33
	Desesperanza	0,28	0,34	0,23	0,30	-1,84
	Anhedonia					

Nota. Abreviaturas. M = Media, DT = Desviación típica.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Se observó una correlación negativa entre la edad y la Inteligencia emocional (global) ($r = -0,19$; $p = 0,000$), Inteligencia interpersonal ($r = -0,13$; $p = 0,007$), Adaptabilidad ($r = -0,14$; $p = 0,004$) y Estado de ánimo ($r = -0,20$; $p = 0,000$). Y también en Depresión (global) ($r = 0,2$; $p = 0,000$), y sus factores: Falta de autoestima ($r = 0,13$; $p = 0,008$), Desesperanza ($r = 0,13$; $p = 0,000$) y Anhedonia ($r = 0,16$; $p = 0,001$) (Tabla 3).

Por último, se puede observar la relación negativa entre la Inteligencia emocional y la Depresión (Tabla 3). En concreto, la Inteligencia emocional (global) se relaciona negativamente con Depresión (global) ($r = -0,47$; $p = 0,000$), Falta de autoestima ($r = -0,40$; $p = 0,000$), Desesperanza ($r = -0,54$; $p = 0,000$) y Anhedonia ($r = -0,16$; $p = 0,001$). De forma similar se relacionan los factores de inteligencia emocional con la depresión y sus distintas dimensiones.

Tabla 3. Relación entre las variables evaluadas (correlación bivariada de Pearson).

		Inteligencia emocional					
		Inteligencia emocional (global)	Intra	Inter	Manejo del estrés	Adapta	Estado de Ánimo
Depresión	Depresión (global)	-0,47***	-	-0,18***	-0,31***	-0,28***	-0,57***
	Falta de Autoestima	-0,40***	0,23**	-0,16***	-0,26***	-0,24***	-0,49***
	Desesperanza	-0,54***	0,24**	-0,32***	-0,25***	-0,41***	-0,57***
	Anhedonia	-0,56***	-	0,06	-0,20***	-0,01	-0,27***
	Edad	-0,19***	0,10*	-0,13**	-0,09	-0,14**	-0,20***

Nota. Abreviaturas. Intra.= Intrapersonal, Inter.= Interpersonal, Adapta.= Adaptabilidad.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Discusión/Conclusiones

Las habilidades emocionales influyen en el bienestar de las personas (Resurrección et al., 2014; Salovey y Mayer, 1990; Trentacosta y Fine, 2010).

Respecto a la primera hipótesis, en la misma línea que investigaciones previas, las niñas obtienen mayores puntuaciones en Inteligencia interpersonal (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Joseph y Newman, 2010). Las puntuaciones en depresión son mayores en los niños que en las niñas. Este dato es contrario a lo que se hipotetizaba y a los resultados de estudios previos, en los que se observa que las niñas tienen mayor riesgo de padecer depresión (Stansfeld et al., 2011; Wade et al., 2002). Estos resultados muestran la importancia de tener en cuenta las edades de comparación y los instrumentos utilizados para evaluar la depresión

Se han observado relaciones negativas entre la Inteligencia emocional y la mayoría de sus dimensiones con la edad (Interpersonal, Adaptabilidad y Estados de ánimo), un resultado opuesto a lo planteado en la segunda hipótesis (Eastbrook et al., 2014). Es posible explicar éste resultado si atendemos al momento evolutivo crítico de la adolescencia. En la línea de investigaciones previas, se ha observado una relación positiva entre Depresión y edad (Aláez et al., 2000).

Se han observado relaciones negativas entre la Inteligencia emocional y la depresión, así como entre todas sus dimensiones (Extremera et al., 2006; Martín et al., 2008; Resurrección et al., 2014; Salguero e Iruarrizaga, 2006; Trentacosta y Fine, 2010), según lo planteado en la tercera hipótesis.

En cuanto a las aportaciones del trabajo, destacar por un lado que el estudio ha sido realizado en la infancia, dado que la mayoría de las investigaciones se centran en población adolescente o adulta. Y por otro lado, teniendo en cuenta las relaciones observadas entre Inteligencia emocional y Depresión, señalar la necesidad de potenciar el papel de las emociones en el desarrollo de los menores. Una intervención precoz supone, en general, un mejor pronóstico en el caso de que el problema ya exista. Es importante también la prevención, dado que al desarrollar competencias emocionales pueden tener más estrategias y habilidades en la etapa posterior de la adolescencia.

Agradecimientos

Los autores agradecen la financiación otorgada por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Proyecto PSI2010-18742), la *Conselleria de Educació de la Generalitat Valenciana* (PROMETEO/2011/009) y la *Universitat de València* (Ayuda para investigadores en formación predoctoral *Atracció de Talent*).

Referencias

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 363-387). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25.
- Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2012). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Del Barrio, M. V. y Carrasco, M. A. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Del Barrio, M. V., Roa, L., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 1, 263-272.
- Eastabrook, J., Flynn, J. y Hollenstein, T. (2014). Internalizing symptoms in female adolescents: associations with emotional awareness and emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 487-496.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la IE en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 191-205.
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S. y Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1, 377-387.
- Fazel, M., Patel, V., Thomas, S. y Tol, W. (2014). Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1, 388-398.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. y Extremera, N. (2002). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3, 159-167.
- Ferrándiz, C., Hernández, D., Bermejo, R., Ferrando, M. y Sáinz, M. (2012). Social and emotional intelligence in childhood and adolescence: Spanish validation of a measurement instrument. *Revista de Psicodidáctica*, 17, 309-338.
- Ferrando, M., Prieto, M. D., Almeida, L., Ferrándiz, C., Bermejo, M. R., López-Pina, J. A., Hernández, D., Sainz, M. y Fernández, M. C. (2010). TEIQue-ASF and academic performance: a study with adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29, 150-159.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.
- González, R. y Villanueva, L. (Eds.) (2014). *Recursos para educar en emociones. De la teoría a la acción*. Madrid: Pirámide.

- Joseph, D. L. y Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence. an integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54-78.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI) manual* North Tanawanda. New York: Multi-health Systems.
- Martín, M., Harillo, D. y Mora, J. (2008). Relaciones entre inteligencia emocional y ajuste psicológico en una muestra de alumnos de enseñanza secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 14, 31-41.
- Resurrección, D., Salguero, J. y Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: a systematic review. *Journal of Adolescence*, 37, 461-472.
- Roswell, H. C., Ciarrochi, J., Heaven, C. L. y Deane, F. (2014). The role of emotion identification skill in the formation of male and female friendships: a longitudinal study. *Journal of adolescence*, 37, 103-111.
- Salguero, J. e Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 207-221.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J. y Latorre, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 455-474.
- Siu, A. (2009). Trait emotional intelligence and its relationships with problems behavior in Hong Kong adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 553-557.
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T. y Power, C. (2011). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life depressive and anxiety disorders. *Social Psychology and Psychiatric Epidemiology*, 46, 549-558.
- Trentacosta, C. J. y Fine, S. E. (2010). Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Social Development*, 19, 1-28.
- Wade, T., Cairney J. y Pevalin, D. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 190-198.

CALIDAD DE VIDA EN TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA

Maria Josefa Campillo-Cascales^{1*}, Mónica Dompablo^{*,}, Iosune Torio*,
Alexandra Bagney^{*,**}, Marta Moreno-Ortega*, David Rentero*, Francisco
Arias*, Javier Rodríguez-Torresano*, Miguel Ángel Jiménez-Arriero^{*,**}
y Roberto Rodríguez-Jiménez^{*,**}**

**Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12),
Madrid, España*

***Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España*

RESUMEN. Antecedentes: El estudio de la calidad de vida en los trastornos mentales graves ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas. El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias en calidad de vida (CV) subjetiva en personas con trastorno bipolar (TB), trastorno esquizofrénico (TE) y controles (C). **Método:** Estudio transversal. La muestra está compuesta por 103 pacientes con diagnóstico de TE ($n = 55$) y TB ($n = 48$) según criterios DSM-IV, y 71 controles sanos. La muestra clínica está compuesta de pacientes clínicamente estables de las consultas ambulatorias del área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre. Instrumentos: WHOQOL-BREF Se comparan las puntuaciones mediante un análisis de varianza (ANOVA) de un factor y prueba post hoc de Tukey. **Resultados:** El ANOVA muestra diferencias significativas entre grupos en todos los dominios: salud física [$F(2,171) = 13,61$; $p < 0,01$], psicológica [$F(2,171) = 11,35$; $p < 0,01$], relaciones sociales [$F(2,171) = 21,08$; $p < 0,01$] y entorno [$F(2,171) = 9,05$; $p < 0,01$]. En las comparaciones post hoc, en salud física y dominio psicológico aparecen diferencias entre los grupos clínicos y los controles ($p = 0,000$), pero no entre TB y TE. En relaciones sociales, encontramos las puntuaciones más elevadas en el grupo C, seguido por TB y por último TE, con diferencias significativas entre los tres grupos. Respecto a entorno, aparecen diferencias significativas sólo entre controles y TE ($p = 0,000$). **Conclusiones:** En líneas generales, el nivel de CV percibido es más elevado en el grupo C, seguido por el grupo de TB y por último, por el grupo TE. Se observa que los grupos TB y TE perciben de forma similar su CV en salud física y psicológica. Sin embargo, en el dominio entorno, sólo se encuentran diferencias significativas entre TE y C. Se establecen diferentes perfiles de percepción de CV en los diferentes trastornos, siendo necesario tenerlos en cuenta de cara a la planificación de los tratamientos.

Palabras clave: calidad de vida, trastorno bipolar, esquizofrenia, WHOQOL-BREF.

ABSTRACT. Background: The relevance of studying quality of life in severe mental illness has been increasing in the last decades. The aim of the present study is to analyze the differences in subjective quality of life (QL) in persons

¹Correspondencia: Maria Josefa Campillo-Cascales. Servicio de Psiquiatría, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España. E-mail: mjcampi@um.es

with bipolar disorder (BD), schizophrenic disorder (SD) and controls (C). **Method:** Cross-sectional study. The sample consists of 103 patients diagnosed with SD ($n = 55$) or BD ($n = 48$) according DSM-IV criteria, and 71 healthy controls. The clinical sample includes clinically stable patients from outpatient clinics in the Hospital Universitario 12 de Octubre health area. Instruments: WHOQOL-BREF (WHO, 1998). Scores are compared using Analysis of Variance (ANOVA) (one-way and Tukey post-hoc). **Results:** ANOVA shows significant differences between groups in all domains: physical health [$F(2.171) = 13.61$; $p < 0.01$], psychological [$F(2.171) = 11.35$; $p < 0.01$], social relationships [$F(2.171) = 21.08$; $p < 0.01$] and environment [$F(2.171) = 9.05$; $p < 0.01$]. In the post-hoc comparisons, for the physical health and psychological domains differences appear between the clinical group and controls ($p = 0.000$), but not between BD and SD. In social relationships, scores are much higher in the C group, followed by the BD group and finally the SD group, with significant differences between the three groups. Regarding the environment domain, there are significant differences only between controls and SD ($p = 0.000$). **Conclusions:** In general, perceived quality of life is much higher in the control group, followed by the BD group and finally the SD group. The BD and SD groups were found to have similar perceptions of their QL in physical and psychological health. However, in the environment domain, there were significant differences only between SD and controls. Thus, there are different profiles of perceived QL in the different disorders, which should be taken into account in treatment planning.

Keywords: Quality of life, bipolar disorder, schizophrenia, WHOQOL-BREF.

Introducción

Desde hace décadas existe un interés por la calidad de vida de las personas con trastorno mental (Lehman, 1983), sin embargo, el aumento de la importancia de su evaluación y su inclusión como uno de los objetivos terapéuticos de las intervenciones es relativamente reciente. Este incremento en el interés por la calidad de vida parece estar unido a un mayor reconocimiento de la autonomía del paciente, de sus necesidades y a un mayor respeto de su perspectiva (Saxena y Orley, 1997).

Aunque no hay una definición unánime de calidad de vida, la OMS basándose en una serie de estudios transculturales la define de forma amplia como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Group WHOQOL, 1995). Esta definición implica un concepto subjetivo y amplio que incluye múltiples dimensiones.

El deterioro de la calidad de vida se observa en múltiples trastornos psiquiátricos y somáticos, observándose un importante deterioro en el 46% de los pacientes con enfermedad mental grave, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Hansson, 2006). Tanto los pacientes con trastorno bipolar como esquizofrénico muestran menor calidad de vida que la población general (Akvardar et al., 2006; Chand, Mattoo y Sharan, 2004). Sin embargo, los estudios que han comparado la calidad de vida en trastorno bipolar y esquizofrenia muestran resultados contradictorios. Algunos estudios muestran una calidad de vida relativamente mejor en trastorno bipolar comparado con esquizofrenia (Martínez-Arán et al., 2002), mientras que otros estudios apuntan que los pacientes con

trastorno bipolar tienen una calidad de vida menor en comparación con los de esquizofrenia (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997).

La calidad de vida suele ser medida a través de evaluaciones objetivas y subjetivas. Las medidas objetivas de la calidad de vida incluyen indicadores de salud, condiciones vitales e ítems sociodemográficos y de funcionamiento, sin embargo, las medidas subjetivas incluyen una evaluación de la satisfacción vital general y de los diferentes ámbitos de la vida (Harvey, Velligan y Bellack, 2007). Aunque durante mucho tiempo se ha asumido que los autoinformes de pacientes con algunos trastornos mentales graves (ej: esquizofrenia, bipolar, etc.) debían interpretarse con cautela, se ha demostrado que la autoevaluaciones de calidad de vida son más validas que las de los clínicos, y deben ser realizadas por ellos, especialmente en fases no agudas de la enfermedad (Becchi, Rucci, Placentino, Neri y De Girolamo, 2004).

El objetivo del presente trabajo se centra en analizar las diferencias en calidad de vida subjetiva en personas con trastorno bipolar, trastorno esquizofrénico y personas sanas.

Método

Participantes

La muestra final de pacientes la constituyeron 55 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y 48 con diagnóstico de trastorno bipolar, siguiendo los criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y utilizando la entrevista SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995). La muestra control la formaron 71 sujetos sanos del mismo medio sociocultural que los pacientes. Las características sociodemográficas de los grupos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas entre pacientes con trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar y sujetos sanos.

	Trastorno Esquizofrénico (n = 55)	Trastorno Bipolar (n = 48)	Controles (n = 71)
Edad, media (DT)	40,8 (7,9)	44,69 (8,7)	41,2 (10,5)
Género, n (%)			
Hombres	33 (60,0)	19 (39,6)	34 (47,9)
Mujeres	22 (40,0)	29 (60,4)	37 (52,1)
Educación, %			
Sin estudios	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (1,4)
Primarios	22 (40)	11 (22,9)	25 (35,2)
Medios	20 (36,4)	27 (56,3)	27 (38,1)
Universitarios	12 (21,8)	10 (20,8)	18 (25,3)
Estado civil, %			
Solteros	44 (81,5)	17 (35,4)	26 (36,7)
Casados	7 (13,0)	27 (56,3)	40 (56,3)
Separados/divorciados	2 (3,7)	3 (6,3)	4 (5,6)
Viudos	1 (1,9)	1 (2,1)	1 (1,4)
Situación laboral, %			
Parado	8 (14,5)	12 (25)	14 (19,7)
Activo	15 (27,3)	14 (29,2)	54 (76,1)
ILT	0 (0,0)	4 (8,3)	2 (2,8)
Pensionista	32 (58,2)	18 (37,5)	1 (1,4)

Instrumentos utilizados

WHOQOL-BREF: Se trata de una escala autoadministrada y multidimensional que consta de 26 ítems: dos preguntas de salud general, más 24 preguntas correspondientes a cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. El dominio de salud física incluye cuestiones relacionadas con la actividad cotidiana, dependencia del tratamiento, dolor y malestar, sueño y descanso, energía y fatiga y capacidad de trabajo. El dominio psicológico incluye preguntas acerca de sentimientos positivos y negativos, autoestima, imagen corporal, apariencia física, espiritualidad y creencias personales. El dominio relaciones sociales evalúa las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual. Por último, el dominio entorno explora la seguridad física, los recursos económicos, la disponibilidad de atención social y sanitaria, las oportunidades de adquirir habilidades e información y la disponibilidad de tiempo libre y transporte. Los ítems son evaluados a través de una escala de respuesta tipo Likert que oscila del 1 al 5, en la que 1 indica una percepción baja o negativa y 5 una percepción alta o positiva. En este estudio, utilizamos la versión española del instrumento (Lucas-Carrasco, 1998), la cual presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias en fiabilidad y consistencia interna, así como evidencias de validez convergente y discriminante (Lucas-Carrasco, 2012).

Procedimiento

Los pacientes fueron reclutados de las consultas ambulatorias del área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre. Todos los pacientes estaban clínicamente estables durante, al menos, los seis meses anteriores a su inclusión en el estudio. La muestra de controles sanos se compuso de sujetos sanos que pertenecían al mismo entorno sociocultural. Tanto pacientes como controles fueron informados de las características del estudio y firmaron el consentimiento informado previamente a ser incluidos en el mismo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizaron las medias y desviaciones típicas para variables cuantitativas y los porcentajes para variables cualitativas. Para la comparación de la calidad de vida entre los grupos se utilizó ANOVA de un factor y prueba post hoc de Tukey aplicada a las comparaciones múltiples entre grupos. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS v.21.0.

Diseño

Estudio transversal.

Resultados

La Tabla 2 muestra las puntuaciones medias obtenidas por los diferentes grupos en los distintos dominios. Los pacientes de ambos grupos (trastorno esquizofrénico y trastorno bipolar) obtienen puntuaciones más bajas en calidad de vida que los sujetos sanos en todos los dominios de WHOQOL-BREF. El grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico muestra las puntuaciones más bajas en todos los dominios.

La prueba ANOVA revela que existen diferencias significativas entre los grupos para el dominio físico [$F(2,171) = 13,61$; $p < ,01$], psicológico [$F(2,171) = 11,35$; $p < ,01$], relaciones sociales [$F(2,171) = 21,08$; $p < ,01$] y entorno [$F(2,171) = 9,05$; $p < ,01$].

Tabla 2. Comparación de puntuaciones en los dominios de la WHOQOL-BREF entre el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar y grupo control.

Dominio	Trastorno Esquizofrénico (n = 55)	Trastorno Bipolar (n = 48)	Controles (n = 71)	ANOVA F(2,171)	Sig. (valor p) Comparaciones múltiples post-hoc
Salud física	22,38±7,578	22,85±5,044	27,06±3,934	13,61**	C vs TE** C vs TB** TB vs TE
Salud psicológica	19,05±5,642	19,73±4,560	22,56±3,119	11,35**	C vs TE** C vs TB** TB vs TE
Relaciones Sociales	8,29±2,713	9,50±2,843	11,17±2,078	21,08**	C vs TE** C vs TB** TB vs TE*
Entorno	26,29±4,637	28,20±4,862	29,74±4,110	9,05**	C vs TE** C vs TB TB vs TE

Nota. Abreviaturas: TE = Trastorno esquizofrénico; TB = trastorno bipolar y C = grupo control.

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Las comparaciones múltiples post-hoc se llevaron a cabo entre grupos como muestra la Tabla 2. Tanto en el dominio salud física como en salud psicológica, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ($p = 0,000$) y de trastorno bipolar ($p = 0,000$) muestran puntuaciones significativamente más bajas que los sujetos sanos.

Los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico ($p = 0,000$) y trastorno bipolar ($p = 0,001$) muestran puntuaciones significativamente más bajas que los sujetos sanos en el dominio de relaciones sociales. En este dominio, los pacientes con esquizofrenia tienen puntuaciones significativamente más bajas que los diagnosticados de trastorno bipolar ($p = 0,042$).

En el dominio entorno, los pacientes con esquizofrenia muestran puntuaciones más bajas ($p = 0,000$) que los sujetos controles, pero no encontramos diferencias significativas entre el grupo con diagnóstico de trastorno bipolar y los controles, ni entre pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.

Discusión/Conclusiones

Los resultados de nuestro trabajo apoyan los obtenidos por otros estudios previamente, mostrando que la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales graves es menor que la de los sujetos sanos (Akvardar et al., 2006; Chand et al., 2004). Las puntuaciones de los pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia son significativamente menores que en sujetos sanos, tanto en el dominio físico como en el psicológico, lo cual indica que la enfermedad mental afecta tanto a la valoración de aspectos como la energía, el sueño y el funcionamiento diario, así como a la valoración de la autoestima y la imagen corporal de las personas que sufren estos trastornos.

En el dominio relaciones sociales el grupo bipolar obtiene puntuaciones significativamente más altas que el grupo de trastorno esquizofrénico, aunque menores que los controles, lo cual concuerda con los resultados hallados previamente (Chand et al., 2004). Por otra parte, en el dominio entorno, son de nuevo los pacientes con

esquizofrenia los que peor perciben su seguridad física, sus recursos económicos, el acceso a recursos sociosanitarios y su tiempo libre. No encontrando diferencias en este dominio entre el grupo de trastorno bipolar y los sujetos sanos.

Estos resultados indican, que el perfil de puntuaciones obtenido por los pacientes con trastorno bipolar sugiere un menor deterioro de la calidad de vida que los pacientes con esquizofrenia en algunos dominios (relaciones sociales y entorno). Una posible explicación de estos datos podría ser el impacto diferencial de los periodos eutímicos en el trastorno bipolar o de los síntomas negativos en el caso de la esquizofrenia a la hora de poder desarrollar una red de apoyo satisfactoria, así como de conseguir una reintegración social.

Aunque al utilizar una media de carácter subjetivo debemos ser cautelosos a la hora de interpretar sus resultados, la calidad de vida es un concepto de carácter subjetivo, por lo que su evaluación debe ser realizada por el propio paciente, siempre que sea posible. Sin embargo, en algunos casos, la obtención de medidas paralelas por parte de los familiares y los clínicos puede aportar una visión complementaria de la calidad de vida, principalmente en aquellas áreas que pueden estar más distorsionadas por los síntomas (Becchi et al., 2004).

Este estudio cuenta con ciertas limitaciones que limitan la generalización de los resultados, como son el tamaño muestral y la utilización de un diseño transversal. Cabe señalar que en futuros estudios se debe incluir el análisis de otras variables o efectos mediadores como la sintomatología, la duración de la enfermedad, el funcionamiento neurocognitivo o el insight, entre otras, presentes en la literatura (Hansson, 2006; Yen et al., 2009). Además, utilizamos el WHOQOL-BREF, un instrumento genérico para evaluar la calidad de vida, que aunque tiene la ventaja de poder comparar distintas muestras, puede no estar teniendo en cuenta aspectos importantes de cada uno de los trastornos.

Por último, estos datos resultan de gran relevancia a nivel clínico y asistencial, ya que personas con trastorno bipolar y esquizofrenia, muestran diferencias en las áreas de la calidad de vida afectada y en los perfiles de salud, lo cual apoya las diferentes variables implicadas y por tanto, las posibles vías de intervención necesitarían estrategias psicológicas diferentes.

Agradecimientos

Trabajo realizado en parte gracias al PI080514 (Fondo de Investigaciones Sanitarias, FIS), al Gobierno Regional de Madrid (S2010/BMD-2422 AGES) y Fondos Estructurales de la Unión Europea, al Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) del Instituto de Salud Carlos III, y al Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12).

Referencias

- Akvardar, Y., Akdede, B. B., Ozerdem, A., Eser, E., Topkaya, S. y Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 693-699.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washintong, DC: Autor.

- Atkinson, M., Zibin, S. y Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *The American Journal of Psychiatry*, 154(1), 99-105.
- Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G. y De Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia: a comparison a self-report and proxy assessment. *Social Psichiatria and Psychiatric Epidemiology*, 39, 397-401.
- Chand, P. K., Mattoo, S. K. y Sharan, P. (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(3), 311-318.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Group WHOQoL. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Quality of Life in Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Hansson, L. (2006). Determinant of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 429, 46-50.
- Harvey, P. D., Velligan, D. I. y Bellack, A. S. (2007). Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1138-1148.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión Española del WHOQOL*. Editorial Ergón: Madrid.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality Life Research*, 21(1), 161-165.
- Martínez-Arán, A., Penadés, R., Vieta, E., Colom, F., Reinares, M., Benabarre, A., Salamero, M. y Gastó, C. (2002). Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 39-46.
- Saxena, S. y Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12, 263-266.
- Yen, C. F., Cheng, C. P., Huang, C. F., Ko, C. H. yen, J. Y., Chang, Y. P. y Chen, C. S. (2009). Relationship between psychosocial adjustment and executive function in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission: the mediating and moderating effects of insight. *Bipolar Disorders*, 11, 190-197.

EL ACOSO ESCOLAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESORADO, PERFIL DE LA VÍCTIMA Y DEL AGRESOR

Ramón Arce^{1*}, Mercedes Novo*, M. José Vázquez** y Francisca Fariña**

**Universidad de Santiago de Compostela, España*

***Universidad de Vigo, España*

RESUMEN. Introducción: Las estadísticas alertan de la notable prevalencia que está alcanzando el acoso escolar en los centros de enseñanzas medias. El reciente informe de Unicef revela que, en España, el 50% de los menores de entre 11 y 15 años informa que ha participado en peleas y el 10% que ha sufrido acoso escolar. Para paliar este problema la intervención del profesorado es decisiva; no obstante, se ha comprobado que las víctimas de acoso escolar reciben poco apoyo de estos profesionales y que éstos no se sienten preparados para enfrentarse a este tipo de conducta violenta. Bajo estas premisas, evaluamos, desde la perspectiva del profesorado, el perfil del agresor y de la víctima del acoso escolar. **Procedimiento e instrumento:** Se aplica, de forma individual, un instrumento ad hoc a 63 profesores en activo. En este caso, se formulan 20 preguntas sobre el perfil del agresor, 20 sobre el de víctima y otras sobre datos sociodemográficos. **Resultados:** Perfil del agresor. El profesorado percibe que los acosadores escolares se caracterizan por tener menos relación con los docentes y dificultades para hablar con ellos sobre las conductas violentas realizadas. Asimismo, indican que en los ambientes familiares del acosador tiende a haber violencia y estilos parentales que se caracterizan por la existencia de una relación fría y negativa entre padres e hijos. Perfil de las víctimas. El profesorado indica que las víctimas de acoso escolar tienen baja autoestima, hacen bien las tareas escolares y proceden de entornos familiares normalizados. Asimismo, sostienen que no proceden de entornos familiares en los que se produce mucho castigo físico o disciplina inconsciente. Además, sostienen que las víctimas no suelen hablar con el tutor o profesor sobre el acoso sufrido. **Conclusiones:** En líneas generales, el profesorado encuestado dispone de los conocimientos necesarios para definir el perfil de víctima y agresor en el acoso escolar.

Palabras clave: perfil víctima, agresor, acoso escolar, profesorado.

ABSTRACT. Background: The statistics warn us of the significant prevalence that is reaching the bullying in the centers of teachings mean. The recent Unicef report reveals that, in Spain, 50% of the aged between 11 and 15 years reported that has been involved in fights and the 10% that had suffered bullying. To alleviate this problem the teacher intervention is crucial; however, it has been found that the victims of bullying receive little support from these professionals and that they are not prepared to deal with this type of violent behavior. Under these premises, we evaluated, from the teachers' perspective, the profile of the

¹Correspondencia: Ramón Arce. Facultad de Psicología Campus VIDA, s/n, E-15782. Santiago de Compostela. E-mail: ramon.arce@usc.es

offender and victim of bullying. **Procedure and instrument:** Applies, in individual form, an ad hoc instrument to 63 professors in active. In this case, it makes 20 questions on the profile of the offender, 20 on the victim and other on socio-demographic data. **Results:** Offender's profile: The teachers perceived that school bullies are characterized by having less to do with the teachers and difficulties to talk to them about the violent behaviors performed. Moreover, teachers indicate that in the environments of the harasser family there are violence and parental styles that are characterised by the existence of a cold and negative relationship between parents and children. Victims' profile: teachers indicate that victims of bullying have low self-esteem, do the homework well and come from standardized family environments. In addition, they argue that did not originate in family environments in which occurs much physical punishment or discipline unconscious. Finally, they claim that the victims do not usually speak with the tutor or professor on the harassment. **Conclusions:** In general, the teacher's respondent has the necessary knowledge to define the profile of victim and offender in bullying.

Keywords: Profile victim, aggressor, bullying, teachers.

Introducción

El acoso escolar ha sido identificado como un problema escolar que afecta a la salud física, psicológica y emocional y, extensión, al bienestar de muchos estudiantes (Arce, Velasco, Novo y Fariña, 2014). El reciente informe de Unicef revela que, en España, el 50% de los menores, de entre 11 y 15 años ha participado en peleas y el 10% ha sufrido acoso escolar. El estudio de Díaz-Aguado, Martínez y Martín (2013) señala que el 3,8% de los estudiantes se identifica como víctima de acoso escolar y el 2,4% como agresor. Estos datos resultan especialmente alarmantes si tenemos en cuenta que las víctimas señalan que apenas reciben ayuda (Martín, Ruíz y Martínez, 2014) y que las heridas psicológicas, en esta etapa, pueden dejar secuelas biológicas en el cerebro (Márquez et al., 2013), siendo el suicidio uno de los riesgos asociados más graves.

La intervención del profesorado puede ser decisiva en la prevención y detección del acoso escolar (Novo, Seijo, Vilariño y Vázquez, 2013), paso previo necesario para el posterior estudio del mismo y, en su caso, la evaluación forense en el que habrá de garantizarse la prueba judicial (Arce, Fariña y Quinteiro, 2013; Novo, Fariña, Seijo y Arce, 2013). No obstante, se ha comprobado que estos profesionales apenas actúan (Martín et al., 2014), sólo han intervenido en el 15% de los casos (Van der Meulen et al., 2003), ya sea por un déficit en la formación inicial o por una falta de autoeficacia percibida (Benítez, García y Fernández, 2009). No en vano, los investigadores (i.e., Alonso, 2009) postulan que la solución a este problema se halla indefectiblemente en la formación de los futuros/as docentes. En este sentido, Benítez et al. (2009) postulan que la formación universitaria del profesorado ha de incluir tópicos como el maltrato entre iguales. A pesar de que estos autores han verificado la eficacia de esta propuesta, la mayoría de los programas de formación inicial del profesorado todavía no ofrecen cobertura sustancial y específica sobre este tema (Boulton, 1997).

Partiendo de estas premisas, en el presente estudio evaluamos el perfil del agresor y de la víctima del acoso escolar, desde la perspectiva del profesorado.

Método

Participantes

En el estudio participaron 63 profesores de enseñanzas medias de la Comunidad Autónoma de Galicia. De los cuales, 27% eran hombres y 73% mujeres, con una edad media de 41,29 años. Éstos disponen de abundante experiencia profesional, siendo 14,52 la media de años de docencia. Su formación académica es diversa, en tanto que el 84,1% es diplomado, 1,6% diplomado y graduado, el 3,2% es diplomado y licenciado, el 1,6% es graduado y el 9,5% es licenciado.

Instrumentos

Se aplicaron, de forma individual, 40 preguntas del cuestionario “percepción del profesorado sobre el acoso escolar” (adaptadas de Benítez, Berbén y Fernández, 2006), concretamente se formulan preguntas sobre siguientes aspectos.

El perfil del agresor. Para evaluar cómo conceptualizan los profesores el perfil del agresor se han utilizado 20 ítems, que toman los tópicos que las investigaciones han asociado a personas susceptibles de actuar como acosadoras (i.e., “físicamente más fuertes”, “se irritan más fácilmente”, “tienen pocos amigos”, “son populares”, “están siempre preocupados”). Las respuestas se enuncian en una escala tipo Likert de cinco puntos de 1 a 5. Se obtuvo un alfa de Cronbach 0,777, por tanto es fiable.

El perfil de la víctima. Para apreciar cómo definen los profesores el perfil de la víctima de acoso escolar se han empleado 20 ítems, que se basan en las características que los estudios relación con las personas susceptibles de ser víctimas (i.e., “físicamente más débiles”, “son pasivos”, “pocos asertivos”). Se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos. Se muestra fiable, al encontrar un alfa de Cronbach 0,870.

Datos descriptivos. Para delimitar el perfil del profesorado que ha participado se diseñó un cuestionario *ad hoc* que incluye preguntas sobre la edad, el sexo, la formación académica y la experiencia profesional.

Resultados

Acerca del perfil de la víctima de acoso escolar. Según refiere el profesorado encuestado (ver Tabla 1), el perfil de víctima se caracteriza por presentar baja autoestima, no ser populares entre los compañeros, y no carecer necesariamente de habilidades sociales. Con relación a sus características personales, indican que no son físicamente fuertes, ni tienen una discapacidad física, ni tampoco se irritan fácilmente. En cuanto a su competencia académica, sostienen que no presentan dificultades escolares y además ejecutan las tareas correctamente.

Con respecto al contexto familiar, señalan que no proceden de entornos en los que se emplee, con frecuencia, el castigo físico o en el que exista una disciplina inconsistente, o se den relaciones interpersonales distantes, o exista abuso emocional o físico, sino que viven en ambientes normalizados.

Con relación a la exposición pública de los malos tratos, el profesorado reconoce que el alumnado que está siendo acosado no informa al tutor ni tampoco al profesorado de la situación de violencia que está sufriendo.

Tabla 1. Resultados de la comparación medias en la percepción del perfil de víctima para el valor de prueba 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo).

Ítems	<i>t</i>	<i>M</i>	DM	IC 95%
Son físicamente más fuertes	-6,303***	2,27	-0,730	(-0,96, -0,50)
Son físicamente débiles	1,197	3,17	0,175	(-0,12, 0,47)
Tienen dificultades de aprendizaje	-4,028***	2,56	-0,444	(-0,67, -,22)
Carecen de habilidades sociales	-2,422*	2,67	-0,333	(-0,61, -0,06)
Tienen una discapacidad física	-5,160***	2,29	-0,714	(-0,99, -0,44)
Se irritan más fácilmente	-6,537***	2,11	-0,889	(-1,16, -0,62)
Tienen pocos amigos	0,335	3,05	0,048	(-0,24, 0,33)
Son pasivos o poco asertivos	-1,627	2,78	-0,222	(-0,50, 0,05)
Son populares	-6,334***	2,22	-0,778	(-1,02, -0,53)
No hacen bien las tareas escolares	-2,233*	2,70	-0,302	(-0,57, -0,03)
Tienen baja autoestima	4,177***	3,51	0,508	(0,26, 0,75)
Están siempre preocupados y ansiosos	1,871*	3,25	0,254	(-0,02, 0,53)
Proceden de un entorno familiar en el que se produce mucho castigo físico	-6,186***	2,27	-0,730	(-0,97, -0,49)
Proceden de un entorno familiar con disciplina inconsistente	-4,932***	2,44	-0,556	(-0,78, -0,33)
Proceden de un entorno familiar con relaciones interpersonales positivas	-0,760	2,92	-0,079	(-0,29, 0,13)
Proceden de un entorno familiar con relaciones interpersonales distantes	-3,779***	2,60	-0,397	(-0,61, -0,19)
Proceden de un entorno familiar en el que hay abuso emocional o físico	-5,568***	2,33	-0,667	(-0,91, -0,43)
Proceden de un entorno familiar normalizado	2,395*	3,25	0,254	(0,04, 0,47)
Suelen hablar con el profesor o el tutor acerca de las conductas violentas realizadas	-7,885***	2,10	-0,905	(-1,13, -,68)

Nota. *gl* (62); DM = diferencia de medias (I-J); IC 95% = intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias.

p* < 0,05, **p* < 0,001.

Acerca del perfil de agresor. Para profesorado (ver Tabla 2), el acosador se caracteriza por irritarse fácilmente, mostrarse preocupado y ansioso, pero no tiene una autoestima baja. Además, tiende a ser popular y, por tanto, no lo asocian al alumnado que disponga de pocas amistades. Físicamente, según indican, no son débiles, pero no por ello tiene que ser fuertes, ni presentan discapacidad física alguna. En el ámbito académico, destaca que refieren que no presentan dificultades para el aprendizaje y las tareas académicas. Con relación a su competencia social, no informan que carezcan de habilidades sociales o se muestran pasivos o poco asertivos.

Con respecto al ambiente familiar, sostienen que el acosador procede de entornos violentos, al señalar que en su hábitat se utiliza el castigo físico o existe abuso emocional o físico. A su vez, refieren que el estilo parental empleado no es democrático, precisando que provienen de familias que emplean la disciplina de forma inconsistente y mantienen relaciones familiares distantes y negativas. Asimismo,

establecen que los alumnos acosadores no viven en ambientes normalizados, ni en hogares en los que se generen relaciones interpersonales positivas o se tienda a sobreproteger a los/as hijos/as.

Por último, advierten que el acosador tiende a ocultar al tutor y al profesorado el maltrato realizado hacia el/los compañero/s del centro educativo.

Tabla 2. Resultados de la comparación medias en la percepción del perfil de agresor con el valor de prueba 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo).

Ítems	<i>t</i>	<i>M</i>	DM	IC 95%
Son físicamente fuertes	-0,155	2,98	-0,016	(-0,22, 0,19)
Son físicamente débiles	-5,035***	2,49	-0,508	(-0,71, -0,31)
Tienen dificultades de aprendizaje	-1,158	2,87	-1,27	(-0,35, 0,09)
Carecen de habilidades sociales	-0,984	2,87	-0,127	(-0,38, 0,13)
Tienen una discapacidad física	-15,178***	1,51	-1,492	(-1,69, 1,30)
Se irritan más fácilmente	3,331**	3,44	0,444	(0,18, 0,71)
Son pasivos o poco asertivos	-1,332	2,83	-0,175	(-0,44, 0,09)
Tienen pocos amigos	-1,294	2,83	-0,075	(-0,44, 0,10)
Son populares	5,029***	3,59	0,587	(0,35, 0,82)
No hacen bien las tareas escolares	-0,830	2,90	0,095	(-0,32, 0,13)
Tienen baja autoestima	-0,214	2,97	0,032	(-0,33, 0,26)
Están siempre preocupados y ansiosos	0,134	3,02	0,016	(-0,22, 0,25)
Proceden de un entorno familiar en el que se produce mucho castigo físico	0,287	3,03	0,032	(-0,19, 0,25)
Proceden de un entorno familiar con disciplina inconsciente	1,567	3,19	0,190	(-0,05, 0,43)
Proceden de un entorno familiar con relaciones interpersonales positivas	-4,693***	2,46	-0,540	(-0,77, -0,31)
Proceden de un entorno familiar con relaciones interpersonales distantes	3,437**	3,35	0,349	(0,15, 0,55)
Proceden de un entorno familiar con sobreprotección	-2,411*	2,71	-0,286	(-0,52, 0,05)
Proceden de un entorno familiar en el que hay abuso emocional o físico	3,140**	3,35	0,349	(0,13, 0,57)
Proceden de un entorno familiar normalizado	-4,163***	2,44	-0,556	(-0,82, 0,29)
Suelen hablar con el profesor o el tutor acerca de las conductas violentas realizadas	-12,842***	1,59	-1,413	(-1,63, -1,19)

Nota. *gl*(62); DM = diferencia de medias (I-J); IC 95% = intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias.

p* <0,01, *p* <0,001.

Discusión/Conclusiones

El perfil de víctima que detalla el profesorado encuestado se muestra congruente con lo encontrado en investigaciones previas. En concreto, consideran que los/as alumnos/as con baja autoestima y con una escasa red de amigos, tal y como informaba el Defensor del Pueblo (2000), son más vulnerables de sufrir acoso escolar. Asimismo, no asocian el bajo desempeño académico con el rol de víctima; al igual que Alonso, Lobato, Hernando y Montilla (2007), quienes sostienen que la víctima no es necesariamente mal estudiante. Tampoco la vinculan, como había hecho el Defensor del Pueblo (2000), a una discapacidad. Asimismo, no la sitúan en un ambiente familiar de riesgo, esto es, violento y desestructurado; así, lo establecían Alonso et al. (2007), al señalar que la víctima de acoso escolar no tiene por qué provenir de una familia conflictiva. Más concretamente, Benítez et al. (2006) informan, como los encuestados, que las víctimas de acoso escolar, en general, pertenecen a entornos normalizados en los que se dan relaciones personales positivas.

El perfil de agresor que describe el profesorado confirma lo evidenciado en estudios previos (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2004); sucintamente, refieren que provienen de familias cuyas características se relacionan con comportamientos antisociales y violentos (Arce, Fariña y Vázquez, 2011). Por tanto, reconocen, en línea con lo que demostraron Olweus (1993) y Schwartz, Dodge, Pettit y Bate (1997), que la socialización en contextos violentos aumenta el riesgo de actuar como maltratador en la escuela.

Por último, cabe significar que el profesorado es consciente de que en torno al acoso escolar opera la ley del silencio, tal y como afirman Povedano, Cava, Monreal, Varela y Musitu (2015).

De lo anterior, se extrae que los conocimientos que tiene el profesorado de enseñanzas medias sobre el perfil de víctima y agresor se ajustan a lo recogido en la literatura. En consecuencia, los conocimientos del profesorado sobre el acoso no desempeñan un papel inhibitor en la prevención o detección de esta casuística.

Referencias

- Alonso, P. (2009). El acoso escolar: análisis desde la perspectiva de profesores en formación y profesores en activo, *Bordón*, 61(3), 7-18.
- Alonso, P., Lobato, H., Hernando, A. y Montilla, M. V. C. (2007). La visión del acoso escolar en futuros profesores de primaria y secundaria. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez, A. J. Cangas y N. Yuste (Eds.), *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención del acoso escolar* (pp. 105-110). Almería: Grupo Editorial Universitario.
- Arce, R., Fariña, F. y Quinteiro, I. (2103). Evaluación forense de la simulación en casos de acoso escolar. *Aula Abierta*, 41, 67-74
- Arce, R., Fariña, F. y Vázquez, M. J. (2011). Grado de competencia social y comportamientos antisociales, delictivos y no delictivos en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 473-486.
- Arce, R., Velasco, J., Novo, M. y Fariña, F. (2014). Elaboración y validación de una escala para la evaluación del acoso escolar. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5, 71-104.
- Benítez, J. L., Berbén, A. G. y Fernández, M. (2006). El maltrato entre alumnos: Conocimientos, percepciones y actitudes de los futuros docentes. *Revista de Investigación Educativa*, 24, 329-352.

- Benítez, J. L., García, A. y Fernández, M. (2009). Impacto de un curso sobre maltrato entre iguales en el currículum universitario del profesorado. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17, 191-208.
- Boulton, M. J. (1997). Teachers' views on bullying: definitions, attitudes and ability to cope. *British Journal of Educational Psychology*, 67, 223-233.
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R. y Martín, G. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. Volumen 1: la violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Estudios comparativos e instrumentos de evaluación*. Madrid: Instituto de la Juventud. Recuperado de <http://www.injuve.es/conocenos/ediciones-injuve/materiales-prevencion-de-la-violencia-y-lucha-contra-la-exclusion-desde-la-adolescencia-volumen1>
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R. y Martín, G. (2013). El acoso escolar en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. *Revista de Educación*, 362, 348-379.
- Márquez, C., Poirier, G. L., Cordero, M. I., Larsen, M. H., Groner, A., Marquis, J., Magistretti, P. J., Trono, D. y Sandi, C. (2013). Peripuberty stress leads to abnormal aggression, altered amygdala and orbitofrontal reactivity and increased prefrontal MAOA gene expression. *Translational Psychiatry*, 3(216), 1-12.
- Martin, J., Ruíz, E. y Martínez, R. (2014). *Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, D. y Arce, R. (2013). Eficacia del MMPI-A en casos forenses de acoso: Simulación y daño psicológico. *Psychosocial Intervention*, 22, 33-40.
- Novo, M., Seijo, D., Vilariño, M. y Vázquez, M. J. (2013). Frecuencia e intensidad en el acoso escolar: ¿Qué es qué en la victimización? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4, 1-15.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford, UK: Blackwell.
- Povedano, A., Cava, M. J., Monreal, M. C., Varela, R. y Musitu, G. (2015). Victimization, loneliness, overt and relational violence at the school from a gender perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 44-51.
- Schwartz, D., Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (1997). The Early Socialization of Aggressive Victims of Bullying. *Child Development*, 68, 665-675.
- Van der Meulen, K., Soriano, L., Granizo, L., Del Barrio, C., Korn, S. y Schäfer, M. (2003). Recordando el maltrato entre iguales en la escuela: Consecuencias e influencia en la actuación del profesorado. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 49-62.