

AVANZANDO EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA Y DE SALUD: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE NUEVOS RECURSOS



Comps.

África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
José Jesús Gázquez Linares
Pablo Molina Moreno
María Sisto

Dykinson, S.L.

Avanzando en la intervención clínica y de salud: Investigación y desarrollo de nuevos recursos

Comps.

**África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
José Jesús Gázquez Linares
Pablo Molina Moreno
Maria Sisto**

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

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

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>
Consejo Editorial véase www.dykinson.com/quienessomos
Madrid, 2024

ISBN: 978-84-1070-933-1

DOI: 10.14679/3768

Preimpresión realizada por los autores

CAPÍTULO 1

CAOD-14: TRADUCCIÓN DE LA ESCALA CAOD (CLASSIFICATION AND ASSESSEMENT OF OCCUPATIONAL DYSFUNCTION) Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICOS PRELIMINARES DE SU ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

CÉSAR RUBIO BELMONTE, ADRIÀ MARCO-AHULLÓ, TERESA MAYORDOMO RODRÍGUEZ, E INMACULADA ARAGONÉS BARBERÁ 11

CAPÍTULO 2

ESTUDIO MIXTO DE LA SATISFACCIÓN CON LA UTILIZACIÓN DE BIOFEEDBACK EN UNIVERSITARIOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE TÉCNICAS DE ESTUDIO Y CONTROL DE ANSIEDAD ANTE EXÁMENES

MARÍA-CAMINO ESCOLAR-LLAMAZARES, ITZIAR QUEVEDO BAYONA, MARÍA CONSUELO SÁIZ MANZANARES, E IRENE GONZÁLEZ DÍEZ 23

CAPÍTULO 3

MINDFULNESS IN THE TREATMENT OF ANXIETY: A PROPOSAL IN PSYCHOTHERAPY

FRANCISCO JESÚS LOBATO CARVAJAL 35

CAPÍTULO 4

ESTUDIO MIXTO DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR UNIVERSITARIOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA ANSIEDAD ANTE LA EVALUACIÓN CON LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA APLICADA EN VÍDEOS 360º, REALIDAD VIRTUAL E IMAGINACIÓN

ITZIAR QUEVEDO BAYONA, MARÍA-CAMINO ESCOLAR-LLAMAZARES, IRENE GONZÁLEZ DÍEZ, Y MARÍA CONSUELO SÁIZ MANZANARES 41

CAPÍTULO 5

UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE HABILIDADES TERAPÉUTICAS CON PACIENTES DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA

NURIA SENENT CAPUZ 53

CAPÍTULO 6

ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ANTIBIOTERAPIA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ OJEA 63

CAPÍTULO 7

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS LABORAL

LUCÍA MORALES-SÁNCHEZ Y PAULA RUIZ-GONZÁLEZ 73

CAPÍTULO 8

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LAS CONDUCTAS SEXUALES Y LA CALIDAD DE VIDA EN PAREJA DE HOMBRES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

MARINA ALBA CABELLO GARCÍA, DANA AHITUV GEZ, Y GIANLUIGI MOSCATO 85

CAPÍTULO 9

IDENTIDAD, SALUD SEXUAL Y USO DEL CONDÓN: UN ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE UN HOMBRE TRANS QUE VIVE CON VIH

RICARDO SÁNCHEZ MEDINA, CONSUELO RUBÍ ROSALES PIÑA, Y DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE 97

CAPÍTULO 10

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN HEMATOLOGÍA: EL PAPEL DE LA RESILIENCIA Y EL MIEDO A LA RECAÍDA. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

MARÍA CANTERO GARCÍA Y MARÍA RUEDA-EXTREMERA 109

CAPÍTULO 11

ENTRENAMIENTO COGNITIVO Y EMOCIONAL CON REALIDAD VIRTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA AGRESIÓN EN JÓVENES

DAVID RONCERO VILLARREAL, ROMÁN D. MORENO FERNÁNDEZ, CARLOS BENEDICTO DUQUE, Y ÁLVARO FERNÁNDEZ MORENO 115

CAPÍTULO 12

DESAFÍOS Y BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA CENTRADO EN LA FAMILIA: PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES

MANUEL PACHECO-MOLERO, IRENE LEÓN-ESTRADA, CATALINA PATRICIA MORALES-MURILLO, MÓNICA GUTIÉRREZ-ORTEGA, Y ROBERTO HERNÁNDEZ-SOTO 127

CAPÍTULO 13

PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN ECOSISTÉMICO PARA LA INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ECUADOR

SHIRLEY JEANNET ARIAS-RIVERA Y ROCÍO LAGO URBANO 141

CAPÍTULO 14

PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA: DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN EL MODELO PEACE, DIRIGIDA A ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁMBITO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

ARIADNA MARÍA DE LA VEGA CASTELO Y MARÍA DEL SEQUEROS PEDROSO CHAPARRO..... 153

CAPÍTULO 15

EVALUACIÓN DE FACTORES DE ESTRÉS EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS PSICOMÉTRICO

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN Y LORENA MARÍA SORIA REYES 165

CAPÍTULO 16

AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL APRENDIZAJE DE ALUMNOS DE 1º DE ENFERMERÍA EN EL USO DE MAQUETAS ANATÓMICAS FRENTE A LA MESA DE DISECCIÓN VIRTUAL ANATOMAGE®

BORJA ROMERO BILBAO, DANIEL SANJUAN SÁNCHEZ, PAULA CORDOVA ALEGRE, LAURA ZAURÍN PANIAGUA, JOSÉ LESMES POVEDA LÓPEZ, MARTA DIARTE OLIVA, BENJAMÍN GAYA SANCHO, Y SERGIO GALARRETA APERTE..... 175

CAPÍTULO 17

ANÁLISIS DEL RIESGO SUICIDA Y LA AUTOESTIMA COMO POTENCIALES FACTORES CENTRALES DE PROGRAMAS DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

CRISTINA MÉNDEZ AGUADO, MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO, JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ, VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA, Y DÉBORAH NEGRÍN PERAZA... 187

CAPÍTULO 18

INVESTIGACIÓN DOCENTE: FOMENTO DEL DESARROLLO EMOCIONAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 6 A 12 AÑOS

VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA, DÉBORAH NEGRÍN PERAZA, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO, MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO, Y JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ..... 197

CAPÍTULO 19

EXPLORANDO LA TEORÍA DE LA MENTE EN LA INFANCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU EVALUACIÓN

SANDRA MARÍA RIVAS GARCÍA, NOELIA TERESA SÁEZ SANZ, ENCARNACIÓN MARÍA SÁNCHEZ LARA, Y SANDRA RUTE PÉREZ..... 207

CAPÍTULO 20

INTERVENCIONES BASADAS EN LA MENTALIZACIÓN EN CONTEXTOS DE ACOGIDA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

NÚRIA NOGUÉS CHORNET, MARÍA PILAR SELLÉS NOHALES, MAITE MONTAGUT ASUNCIÓN, Y GABRIELA ACOSTA ESCAREÑO..... 215

CAPÍTULO 21

THE ROLE OF PERCEIVED EMOTIONAL INTELLIGENCE AND SELF-ESTEEM IN BODY DISSATISFACTION IN YOUNG WOMEN

PAULA RUIZ GONZÁLEZ, LUCÍA MORALES, & ANTONIO ZAYAS GARCÍA 229

CAPÍTULO 22

BURNOUT Y REDES DE APOYO SOCIAL EN TRABAJADORES

MARINA RAMÍREZ ZHINDÓN 241

CAPÍTULO 23

EVIDENCIA SOBRE LAS PSICOTERAPIAS EN EL MANEJO COMPLEMENTARIO DEL TRASTORNO BIPOLAR: UN ENFOQUE INTEGRAL

JUAN MANUEL CÁMPORA CARRASCO, MARÍA RUEDA-EXTREMERA, Y MARÍA CANTERO GARCÍA..... 251

CAPÍTULO 24

USO DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA INTERVENIR Y REDUCIR LAS ACTITUDES SEXISTAS HACIA MUJERES ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS EN ENTORNOS TECNOLÓGICOS

GRACIA CRISTINA VILLODRES, ROCÍO VIZCAÍNO CUENCA, FEDERICO SALVADOR PÉREZ, Y MARIELA BUSTOS ORTEGA 263

CAPÍTULO 25

AGEING IN PLACE: ESTUDIO DE LOS FACTORES PROTECTORES Y PREDICTORES DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN PERSONAS MAYORES

SARA GORDO, RICARDO POCINHO, RUI SANTOS, CRISTÓVÃO MARGARIDO, MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ, ÁNGELA TEJERA ALONSO, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS, Y SILVIA SILVA273

CAPÍTULO 1

CAOD-14: TRADUCCIÓN DE LA ESCALA CAOD (CLASSIFICATION AND ASSESSEMENT OF OCCUPATIONAL DYSFUNCTION) Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICOS PRELIMINARES DE SU ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

CÉSAR RUBIO BELMONTE, ADRIÀ MARCO-AHULLÓ,
TERESA MAYORDOMO RODRÍGUEZ, E INMACULADA ARAGONÉS BARBERÁ
Universidad Católica de Valencia

INTRODUCCIÓN

Uno de los fines fundamentales de la terapia ocupacional es la promoción del bienestar mediante el uso de las ocupaciones significativas (Hammell, 2014). En este sentido, los terapeutas ocupacionales intervienen en la mejora del bienestar desde la prevención de la discapacidad y la mejora de la salud mediante la prevención de disfunciones ocupacionales (Teraoka y Kyougoku, 2015a).

Las disfunciones ocupacionales suelen describirse como experiencias negativas relacionadas con actividades de la vida cotidiana (Teraoka y Kyougoku, 2015a). Estos factores han sido investigados en los últimos tiempos en un gran abanico de poblaciones: personal sanitario, estudiantes, personas con enfermedad mental grave, con cáncer o con lesiones neurológicas, entre otros (Ferreira Nascimento et al., 2019; Kusumoto et al., 2022; Teraoka y Kyougoku, 2015b; Watanabe et al., 2022; Zerboni et al., 2023).

Abordar la disfunción ocupacional puede reportar beneficios en la salud tanto física como mental de los pacientes. Trabajos como el de Fujii et al. (2021) muestran que los niveles de disfunción ocupacional se pueden ver asociados con el aislamiento social en adultos mayores. Nakashima et al. (2023) encontraron una relación entre soledad y disfunción ocupacional en esta misma población, subrayando la importancia de la terapia ocupacional en la mejora de esta última variable. Por último, Fujii et al. (2022) hallaron que los adultos mayores que no tienen disfunción ocupacional mantienen buenos niveles de bienestar subjetivo.

Un factor clave en el aumento del conocimiento alrededor del concepto de la disfunción ocupacional fue la creación de la escala de clasificación y evaluación de la disfunción ocupacional (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction, CAOD). El trabajo de construcción y análisis psicométrico de esta escala fue llevado a cabo por Teraoka y Kyougoku (2015a) con una muestra de estudiantes universitarios. Como resultado del estudio se obtuvo una escala con un rango de respuesta 1-7 compuesta por 16 ítems repartidos en cuatro factores diferentes: (1) privación ocupacional (DpO, 3 ítems), falta de oportunidades para realizar

actividades cotidianas fuera del control del individuo; (2) alienación ocupacional (AO, 3 ítems), situación en la que no se satisfacen las necesidades internas del individuo para las actividades cotidianas; (3) desequilibrio ocupacional (Dso, 4 ítems), pérdida de equilibrio en la realización de las actividades cotidianas; y (4) marginación ocupacional (MO, 6 ítems), hecho de que una persona no tenga la oportunidad de realizar las actividades cotidianas deseadas; que según estos autores conforman el constructo de disfunción ocupacional.

Como se ha expuesto, la CAOD se ha considerado una escala válida para la evaluación de la disfunción ocupacional, aunque únicamente se encuentra validada en lengua japonesa y fue traducida al inglés por sus autores en su publicación. Sin embargo, la ausencia de trabajos dedicados a la traducción y validación limita su aplicabilidad clínica en personas de habla inglesa o española.

Objetivos

El propósito del presente estudio fue traducir al español el cuestionario CAOD-16 (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction-16 ítems) y, posteriormente, llevar a cabo un análisis preliminar de sus propiedades psicométricas para acometer una adaptación transcultural de este cuestionario con población española.

Los objetivos específicos fueron: (1) comprobar su estructura factorial, mediante procedimientos de análisis factorial exploratorio; (2) analizar la fiabilidad de la escala y sus correspondientes subescalas/factores, a través de la estimación de su consistencia interna; y (3) verificar la validez de constructo del instrumento con otras medidas relacionadas con el compromiso ocupacional y el bienestar relacionado con la participación en ocupaciones significativas, el bienestar personal y el sentido de la vida (presencia y búsqueda).

MÉTODO

Participantes

222 estudiantes universitarios españoles (76.1% mujeres y 23.9% hombres) de entre 18 y 25 años, $M = 20.16$ ($SD = 1.93$). El muestreo fue incidental. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, que participaron de forma voluntaria y anónima y no recibieron ninguna compensación por su participación.

Instrumentos

Classification and Assessment of Occupational Dysfunction Scale (CAOD-16; Teraoka y Kyougoku, 2015a). Es un cuestionario de autoinforme que contiene 16 ítems puntuados en una escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo), diseñado para evaluar los diferentes tipos de disfunción ocupacional: marginación

(MO), desequilibrio (DsO), alienación (AO) y deprivación ocupacional (DpO). La puntuación oscila entre 16 y 112 puntos, a mayor puntuación mayor disfunción ocupacional.

Engagement in Meaningful Activities Survey (EMAS; Goldberg et al., 2002). Este cuestionario consta de 12 ítems, puntuados en una escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre), que evalúan el alcance del compromiso de la persona en actividades significativas. La puntuación máxima es 60, a mayor puntuación mayor atribución de sentido a las actividades diarias. En el presente estudio se utilizó la versión española de Fernández-Solano et al. (2022) que mostró una buena consistencia interna, $\omega = .890$.

Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985). Esta escala de 5 ítems, puntuados de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo), evalúa juicios cognitivos globales de satisfacción con la vida. La puntuación total oscila entre 5 y 35 y a mayor puntuación, mayor satisfacción vital. Se utilizó la adaptación española de Arce (1994) que mostró una buena consistencia interna, $\omega = .862$.

Purpose In Life Test-Short Form (PIL-SF; Schulenberg et al., 2011). El PIL-SF es una adaptación abreviada de la escala de Crumbaugh y Maholic (1969) para evaluar el Sentido de la Vida. Consta de 4 ítems que evalúan la satisfacción con la vida y los propósitos y metas vitales. La puntuación oscila entre 4 y 28 y cuanto mayor sea la puntuación, mayor sentido de la vida. En el presente estudio se empleó la adaptación española de Rubio-Belmonte et al. (2022) que mostró una buena consistencia interna, $\omega = .819$.

Seeking of Noetic Goals-8 Ítems (SONG-8; García-Alandete et al., 2020). Esta versión española del Seeking Of Noetic Goals (SONG; Crumbaugh, 1977) evalúa la intensidad motivacional de encontrar sentido a la vida (búsqueda de sentido) con una escala de 8 ítems de tipo Likert (1 = Nunca; 7 = Continuamente). El puntaje total es la suma de los puntajes de los 8 ítems, que oscilan entre 8 y 56. Un puntaje alto indica una alta motivación para la búsqueda de sentido. En el presente estudio, SONG-8 mostró una buena consistencia interna, $\omega = .757$.

Procedimiento

Traducción:

La versión inglesa del CAOD-16 se tradujo al español utilizando la traducción directa e inversa (Hambleton, 2001). En concreto, dos bilingües (uno español y otro inglés nativo) tradujeron por separado la versión original inglesa al español. A continuación, un experto identificó cualquier discrepancia entre las traducciones alternativas y las resolvió en una única versión. Seguidamente, otros dos bilingües llevaron a cabo el mismo procedimiento en la retrotraducción del español al inglés. Finalmente, un experto comparó las versiones original y retrotraducida del español

para comprobar la coherencia, la relevancia y el significado del contenido (ITC, 2017). Antes de administrar el cuestionario resultante se administró la versión definitiva a ocho personas para identificar posibles problemas de comprensión. Todos los encuestados afirmaron que los términos se entendían fácilmente, que el lenguaje era sencillo y que las preguntas no eran confusas.

Los traductores que tomaron parte del proceso de traducción tienen competencia probada y certificada en ambos idiomas, conocen la cultura del estudio y tienen conocimiento de los procesos de construcción, adaptación y validación de escalas.

Recogida de datos

Para reclutar la muestra, los autores de este estudio obtuvieron la autorización del responsable académico de la Facultad en la que los participantes cursaban sus estudios. Posteriormente, se invitó a los estudiantes en sus aulas a participar en esta investigación de forma voluntaria y no remunerada. Los participantes que completaron el protocolo de cuestionarios bajo la supervisión de los autores de este estudio, quienes explicaron brevemente su naturaleza y objetivos sin hacer hincapié en aspectos que pudieran sesgar las respuestas. Se aclaró cualquier duda sobre el procedimiento, se garantizó el anonimato y la confidencialidad y se pidieron respuestas sinceras para maximizar la validez de los datos.

Consideraciones éticas

Los autores obtuvieron la aprobación del comité ético de su institución para recopilar datos para este proyecto (Registro Interno N° UCV/2022-2023/126). Se cumplieron los requisitos éticos para la investigación con seres humanos de la Declaración de Helsinki actualizada en 2013.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) del CAOD-16 con el fin de explorar las dimensiones del cuestionario. Para ello se analizó la matriz de correlaciones, los niveles de significación, así como el determinante y, finalmente, el KMO. Para poder continuar con el AFE, ha de obtenerse un valor en el determinante, si no aparece este valor es indicativo de que la matriz es angular y, por lo tanto, no podría continuarse con el proceso. Al conocer el valor del determinante, se analiza el KMO, que si es superior a .5 es factorizable, además, se calcula el Índice de Bartlett que ha de ser significativo como mínimo 0.05.

En segundo lugar, se llevó a cabo el análisis descriptivo, la distribución de los datos y la consistencia interna como medida de la fiabilidad. Para estimar la consistencia interna de las escalas utilizadas se utilizó el omega de McDonald (ω)

(McDonald, 1999) con un valor entre 0 y 1 (la consistencia interna es aceptable si $\omega \geq .70$) (McNeish, 2018), ya que las escalas utilizadas son ordinales y el alfa de Cronbach subestima la consistencia interna de las escalas ordinales (Ventura-León y Caycho-Rodríguez, 2017).

Finalmente, para comprobar la validez de constructo de la versión resultante del proceso de adaptación (CAOD-14) se analizaron las correlaciones con EMAS (Fernández-Solano et al., 2022), SWLS (Arce, 1994), PIL-SF (Rubio-Belmonte et al., 2023) y SONG-8 (García-Alandete et al., 2020). Se eligieron EMAS, SWLS y PIL-SF para analizar la validez divergente porque miden aspectos relacionados con el compromiso, logro, satisfacción vital y sentido de la vida. El SONG-8 se utilizó para el análisis de la validez convergente como medida de la Búsqueda de Sentido y, más en concreto, de la necesidad de sentido. Para estos análisis se emplearon las correlaciones de Pearson, dada la normalidad en la distribución de los datos y la adecuación de utilizar pruebas paramétricas. Los tamaños del efecto de las correlaciones se interpretaron según Cohen (1988): valores de .20 a .49 indican un efecto débil, de .50 a .79 indican un efecto moderado y $\geq .80$ indican un efecto fuerte.

Todos los análisis estadísticos fueron desarrollados a través del software gratuito JASP 0.18.3 para Windows (JASP Team, 2024).

RESULTADOS

Traducción final de los elementos después de su revisión

En la tabla 1 aparecen los elementos en idioma fuente e idioma objeto en su versión final, desde la que se ha realizado la recogida de datos y posteriores análisis.

Tabla 1. Ítems de la CAOD-16

Ítems de la CAOD-16	
CAOD-1	Estoy tan ocupado que mi ritmo de vida es confuso. (DsO) <i>I am so busy that the rhythm of my life is confused.</i>
CAOD- 2	No hay ningún lugar donde pueda disfrutar de mis pasatiempos. (DpO) <i>There is no place where I can enjoy hobbies.</i>
CAOD- 3	No se aprecia el trabajo duro que hago. (MO) <i>My hard work is not appreciated.</i>
CAOD- 4	Mi día a día se está volviendo muy atareado y cada vez más agotador. (DsO) <i>Daily life is becoming very busy and increasingly exhausting.</i>
CAOD- 5	No tengo oportunidad de llevar a cabo lo que yo mismo considero importante. (DpO) <i>There is no opportunity to carry out that what I consider important for its own sake.</i>
CAOD- 6	No puedo disfrutar de mis actividades favoritas. (DpO) <i>I cannot enjoy my favorite activities.</i>
CAOD- 7	Pienso que se me trata de forma distinta que a las personas que me rodean. (MO) <i>It is thought that it is carried out by treatment different from the surrounding person.</i>
CAOD- 8	No tengo tiempo para descansar y estoy cansado/a. (DsO) <i>There is no time to rest, and I am tired.</i>
CAOD- 9	Siento que mi vida no tiene sentido. (AO) <i>I feel that my life has no meaning.</i>

Tabla 1. Ítems de la CAOD-16 (continuación)

Ítems de la CAOD-16	
CAOD-10	Las críticas de un/a amigo/a cercano/a son desalentadoras. (MO) <i>Criticism from a close friend is disheartening.</i>
CAOD-11	Tengo falta de sueño por culpa de mi vida ajetreada. (DsO) <i>My busy life has led to lack of sleep.</i>
CAOD-12	No siento ninguna sensación de logro en mi día a día. (AO) <i>There is no sense of accomplishment in daily life.</i>
CAOD-13	El día a día se ha vuelto tedioso. (AO) <i>Daily life has become tedious.</i>
CAOD-14	Tengo opiniones, pero nadie las escucha. (MO) <i>I have opinions but nobody hears them.</i>
CAOD-15	He estado preocupado/a por el alivio del estrés de un/a amigo/a. (MO) <i>I was concerned with a friend's stress relief</i>
CAOD-16	He estado obligado/a a hablar con el/la compañero/a que no es agradable. (MO) <i>It is talking with the partner who is not pleasant by force</i>

Nota: DsO = Desequilibrio Ocupacional; DpO = Deprivación Ocupacional; MO = Marginación Ocupacional; AO = Alienación Ocupacional

Análisis Factorial Exploratorio

En la matriz de correlaciones se observa que todos los elementos se relacionan entre sí y el valor del determinante es igual a .001, lo que indica que se puede proceder con el AFE. El KMO obtiene un valor de .888 con un índice de Bartlett significativo ($\chi^2 = 1438.071$, $p < .001$), lo que indica que los datos son factorizables. Al analizar el número de factores se obtienen 4 dimensiones que, en su conjunto, explican el 66.454% de la varianza. Para finalizar el AFE, se analiza la matriz de componentes rotados (ver tabla 2), en la que se observa cada una de las dimensiones con los ítems que la componen.

Tabla 2. Matriz de componente rotado

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
CAOD 1		.727		
CAOD 2			.685	
CAOD 3			.746	
CAOD 4		.802		
CAOD 5		.418	.692	
CAOD 6			.696	
CAOD 7	.616			
CAOD 8		.777		
CAOD 9	.834			
CAOD 10				.551
CAOD 11		.792		
CAOD 12	.812			
CAOD 13	.674	.458		
CAOD 14	.628		.403	
CAOD 15				.736
CAOD 16				.688

Fiabilidad/consistencia interna

Una vez realizado el AFE y teniendo en cuenta la distribución de los ítems en las dimensiones se procede a obtener el omega de McDonald (ω) como medida de fiabilidad de las dimensiones. Además, se ha solicitado en estadísticos, datos relativos a cómo cambiaría este valor si se eliminase alguno de los elementos que conforman cada dimensión y la relación de los elementos con su respectiva dimensión.

Para la dimensión 1 (Alienación Ocupacional) el valor de ω fue .834, que mejora eliminando el ítem 7 (ver tabla 3).

Tabla 3. Alienación Ocupacional (AO)

Ítem	ω si se elimina ítem	Correlación ítem-test
CAOD 7	.869	.479
CAOD 9	.748	.759
CAOD 12	.744	.758
CAOD 13	.783	.678

En cuanto a la dimensión 2 (Desequilibrio Ocupacional), el valor de ω fue .868. La fiabilidad no mejoraría eliminando ninguno de los elementos (ver tabla 4).

Tabla 4. Desequilibrio Ocupacional (DsO)

Ítem	ω si se eliminan ítem	Correlación ítem-test
CAOD 1	.855	.630
CAOD 4	.822	.749
CAOD 8	.822	.729
CAOD 11	.826	.723

Por lo que respecta a la dimensión 3 (Deprivación Ocupacional), ω obtuvo un valor de .840. La fiabilidad no mejora eliminando ninguno de los elementos (ver tabla 5).

Tabla 5. Deprivación Ocupacional (DpO)

Ítem	ω si se elimina ítem	Correlación ítem-test
CAOD 2	.824	.615
CAOD 3	.823	.606
CAOD 5	.759	.731
CAOD 6	.778	.696

Finalmente, en cuanto a la dimensión 4 (Marginación Ocupacional), el valor de ω fue de .511, que no mejora eliminando ninguno de los elementos (ver tabla 6).

Tabla 6. Marginación Ocupacional (MO)

Ítem	ω si se elimina ítem	Correlación ítem-test
CAOD 10	.380	.336
CAOD 15	.451	.394
CAOD 16	.387	.334

Estadísticos descriptivos

Una vez realizado el AFE y los análisis de fiabilidad, de cada una de las dimensiones que conforman la escala adaptada (CAOD-14) se ha procedido al cálculo de los estadísticos descriptivos de sus cuatro dimensiones y el resto de las escalas con las que posteriormente se analizará la validez de constructo (ver tabla 7).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las escalas utilizadas en el presente estudio

Items de CAOD-14, factores del CAOD-14 y resto de escalas		<i>M</i>	<i>SD</i>
Alienación	CAOD-9 Siento que mi vida no tiene sentido.	2.31	1.59
Ocupacional	CAOD-12 No siento ninguna sensación de logro en mi día a día.	2.89	1.76
(AO)	CAOD-13 El día a día se ha vuelto tedioso.	3.04	1.79
	CAOD-1 Estoy tan ocupado que mi ritmo de vida es confuso.	4.23	1.48
Desequilibrio	CAOD-4 Mi día a día se está volviendo muy atareado y cada vez más agotador.	4.27	1.59
Ocupacional	CAOD-8 No tengo tiempo para descansar y estoy cansado/a.	3.91	1.84
(DsO)	CAOD-11 Tengo falta de sueño por culpa de mi vida ajetreada.	3.73	1.89
	CAOD-2 No hay ningún lugar donde pueda disfrutar de mis pasatiempos.	2.79	1.52
Deprivación	CAOD-3 No se aprecia el trabajo duro que hago.	3.68	1.52
Ocupacional	CAOD-5 No tengo oportunidad de llevar a cabo lo que yo mismo considero importante.	3.61	1.64
(DpO)	CAOD-6 No puedo disfrutar de mis actividades favoritas.	3.31	1.66
	CAOD-10 Las críticas de un/a amigo/a cercano/a son desalentadoras.	3.71	1.97
Marginación	CAOD- 15 He estado preocupado/a por el alivio del estrés de un/a amigo/a.	4.39	1.83
Ocupacional	CAOD-16 He estado obligado/a a hablar con el/la compañero/a que no es agradable.	3.04	1.80
(MO)			
CAOD-14 AO		8.07	4.67
CAOD-14 DsO		15.67	6.04
CAOD-14 DpO		9.55	4.20
CAOD-14 MO		10.91	4.13
EMAS		33.20	6.87
SWLS		25.42	5.42
PIL-SF		22.37	3.61
SONG-8 NS		19.57	6.10
SONG-8 EXP		16.30	3.08

Nota. EMAS = Engagement in Meaningful Activities Survey; SWLS = Satisfaction With Life Scale; PIL-SF = Purpose in Life-Short Form; SONG-8 = Seeking of Noetic Goals-8 Item; NS = Necesidad de Sentido; EXP = Expectativas

Validez de constructo

Por lo que respecta a la validez de constructo (ver tabla 8) se ha obtenido validez convergente con la dimensión Necesidad de Sentido del SONG-8 y validez divergente con EMAS, SWLS y PIL-SF. Así pues, más concretamente, Deprivación Ocupacional (DpO) mostró relaciones negativas con un efecto débil con EMAS, SWLS y PIL-SF y relaciones positivas con un efecto débil con SONG-NS. Por su parte, Alienación Ocupacional (AO) mostró relaciones negativas con un efecto débil con EMAS y SWLS y moderado con PIL-SF y relaciones positivas con un efecto débil con SONG-8NS. Desequilibrio Ocupacional (DsO) mostró relaciones negativas con un efecto débil con EMAS, SWLS y PIL-SF y positivas con SONG-8NS. Finalmente, Marginación Ocupacional (MO) mostró, únicamente, relaciones positivas con un efecto débil con SONG-8NS y SONG-8EX.

Tabla 8. Correlaciones

	DpO	AO	DsO	MO	EMAS	PIL-SF	SONG-8NS
AO	.571**						
DsO	.642**	.557**					
MO	.116	.311**	.258**				
EMAS	-.330**	-.424**	-.175*	.125			
SWLS	-.344**	-.379**	-.191**	.084	.391**		
PIL-SF	-.267**	-.558**	-.202**	-.018	.463**		
SONG-8NS	.367**	.407**	.295**	.272**	-.241**	-.189**	
SONG-8EX	-.006	-.116	.082	.179*	.175**	.340**	.321**

Nota: **La correlación es significativa $p < .01$ (bilateral). *La correlación es significativa $p < .05$ (bilateral)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El presente trabajo pretendía desarrollar la traducción y posterior estudio de validación y fiabilidad del instrumento CAOD.

Con respecto a la traducción, el ítem CAOD-3 (No se aprecia el trabajo duro que hago) funciona de manera marginal. En la adaptación resultante (CAOD-14) pertenece a la dimensión DpO, difiriendo de lo obtenido en la versión original (CAOD-16) donde recae en la dimensión MO (Teraoka y Kyougoku, 2015a). No obstante, si atendemos a la traducción tendría sentido su ubicación en DpO, ya que puede hacer referencia a la visión que tiene el sujeto de tener frenadas sus oportunidades de crecimiento o desarrollo y, por tanto, más bien estaríamos frente a una situación de deprivación que de marginación ocupacional.

Por lo que respecta a la validez de la versión resultante (CAOD-14), el AFE ha mostrado una estructura tetrafactorial similar a la escala original (Teraoka y Kyougoku, 2015a). Sin embargo, el ítem CAOD-14 ha sido eliminado al no discriminar entre dimensiones. En este sentido, y continuando con la validez de constructo, pero atendiendo también a la consistencia interna, se ha eliminado el ítem CAOD-7 ya que,

al ser eliminado, la fiabilidad de la dimensión de la que forma parte mejoraba considerablemente.

Finalmente, todas las dimensiones excepto marginación ocupacional han obtenido puntuaciones que muestran una buena consistencia interna. Esta información nos hace pensar que la dimensión marginación ocupacional puede que no sea una dimensión fiable en la muestra evaluada, ya que conceptualmente y atendiendo a la construcción de los elementos quizá no recojan la información que en la actualidad compete a las características psicosociales de estos participantes.

Limitaciones y futuras líneas

Como limitaciones del estudio podemos señalar la composición de la muestra, ya que hay mayor proporción de mujeres que de hombres y eso dificulta el desarrollo de análisis de invarianza o comparación de grupos.

Otra limitación es que, debido a la naturaleza transversal del estudio, no podemos establecer relaciones causales entre las variables, ni analizar la consistencia de la escala test-retest, y al centrarnos en una muestra concreta no pueden establecerse diferencias o similitudes con muestras de otras edades o muestras clínicas.

Cabe señalar también que al igual que en otros estudios de adaptación, surgieron problemas relevantes durante la adaptación transcultural del CAOD-16. Así pues, aunque los participantes consideraron que todos los ítems e instrucciones eran satisfactoriamente comprensibles se incluyeron pequeños cambios en los ítems CAOD-3, CAOD-7 y CAOD-14 (si bien estos dos últimos excluidos de la adaptación resultante) que deberían estudiarse con profundidad en futuros trabajos.

Además de esto, como línea futura se podrían ampliar evidencias de sus propiedades psicométricas con estudios de invarianza por género y edad y, sobre todo, con un AFC que confirme la estructural factorial hallada en el presente estudio. Por último, resultaría de gran interés acometer el análisis de sus propiedades psicométricas en muestras clínicas: TMG, mayores, personas con discapacidad, cuidadores de personas dependientes...

Aspectos destacados

Más allá de las limitaciones arriba reseñadas cabe destacar que, hasta donde conocemos, este es el primer trabajo que aborda la traducción, adaptación y validación de CAOD en una lengua diferente al japonés.

CONCLUSIONES

La adaptación española CAOD-14 y los datos que se obtienen sobre sus propiedades psicométricas, muestran resultados de fiabilidad y validez adecuados para su uso como instrumento de evaluación de disfunción ocupacional en población española, aunque se requieren más estudios del instrumento para ampliar las evidencias de sus bondades psicométricas.

REFERENCIAS

- Arce, C. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Síntesis.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Crumbaugh, J.C. (1977). The seeking of noetic goals test (SONG): A complementary scale to the purpose in life test (PIL). *Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 900-907. doi:10.1002/1097-4679(197707)33:3<900::AID-JCLP2270330362>3.0.CO;2-8
- Crumbaugh, J.C. y Maholick, L.T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Fernández-Solano, A.J., Merchán-Baeza, J.A., Rodríguez-Bailón, M., y Aaron, E. (2022). Translation and Cultural Adaptation into Spanish of the Engagement in Meaningful Activities Survey. *Occupational Therapy International*, Article ID 4492582. doi:10.1155/2022/4492582
- Ferreira Nascimento, P., Gonçalves Mello, M.J., de Barros Correia, N., Cruz Lucena, N., Costa Albuquerque, R., Alves de Matos, R.M., y Bergmann, A. (2019). Women's occupational performance and quality of life during breast cancer treatment. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi:10.1136/bmjspcare-2019-001788
- Fujii, K., Fujii, Y., Kubo, Y., Tateoka, K., Liu, J., Nagata, K.,... Okura, T. (2022). Frail Older Adults without Occupational Dysfunction Maintain Good Subjective Well-Being: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 10(10), Article 10. doi:10.3390/healthcare10101922
- Fujii, K., Fujii, Y., Kubo, Y., Tateoka, K., Liu, J., Nagata, K., ... Okura, T. (2021). Association between Occupational Dysfunction and Social Isolation in Japanese Older Adults: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), Article 12. doi:10.3390/ijerph18126648
- García-Alandete, J., Rubio-Belmonte, C., y Soucase, B. (2020). The Seeking Of Noetic Goals Revisited Among Spanish Young People. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(1), 77-98. doi:10.1177/0022167816686228
- Goldberg, B., Brintnell, E.S., y Goldberg, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44. doi:10.1300/J004v18n02_03
- Hambleton, R.K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172. doi:10.1027/1015-5759.17.3.164
- Hammell, K.R.W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39-50. doi:10.1177/0008417413520489

International Test Commission (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests*. International Test Commission.

JASP Team (2024). JASP (Version 0.18.3) [Computer software]. <https://jasp-stats.org/>

Kusumoto, Y., Higo, R., y Ohno, K. (2022). Differences in college students' occupational dysfunction and mental health considering trait and state anxiety during the COVID-19 pandemic. *PeerJ*, *10*, e13443. doi:10.7717/peerj.13443

McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, *23*(3), 412-433. doi:10.1037/met0000144

Nakashima, D., Fujii, K., Kubo, Y., y Yorozuya, K. (2023). Relationships between Loneliness and Occupational Dysfunction in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy International*, (1), 9505865. doi:10.1155/2023/9505865

Rubio-Belmonte, C., Mayordomo Rodríguez, T., y García-Alandete, J. (2023). Psychometric properties of the Purpose In Life-Short Form in the Spanish population. *Journal of Clinical Psychology*, *79*(4), 1099-1112. doi:10.1002/jclp.23461

Schulenberg, S.E., Schnetzer, L.W., y Buchanan, E.M. (2011). The Purpose in Life Test-Short Form: Development and Psychometric Support. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 861-876. doi:10.1007/s10902-010-9231-9

Teraoka, M. y Kyougoku, M. (2015a). Development of the final version of the classification and assessment of occupational dysfunction scale. *Plos One*, *10*(8), e0134695. doi:10.1371/journal.pone.0134695

Teraoka, M. y Kyougoku, M. (2015b). Analysis of structural relationship among the occupational dysfunction on the psychological problem in healthcare workers: A study using structural equation modeling. *PeerJ*, *3*, e1389. doi:10.7717/peerj.1389

Ventura-León, J.L. y Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *15*(1), 625-627.

Watanabe, A., Kawaguchi, T., Sakimoto, M., Oikawa, Y., Furuya, K., y Matsuoka, T. (2022). Occupational Dysfunction as a Mediator between Recovery Process and Difficulties in Daily Life in Severe and Persistent Mental Illness: A Bayesian Structural Equation Modeling Approach. *Occupational Therapy International*, (1), 2661585. doi:10.1155/2022/2661585

Zerboni, C., Dominguez, S., Buzzelli, C., Nagelkop, N. D., Roselló, M., y Ron, M.I. (2023). Occupational Therapy Practice in the Rehabilitation of Adults with Occupational Dysfunction following a Neurological Injury in Argentina: A Descriptive Study. *Occupational Therapy in Health Care*, *0*(0), 1-19. doi:10.1080/07380577.2023.2238225

CAPÍTULO 2

ESTUDIO MIXTO DE LA SATISFACCIÓN CON LA UTILIZACIÓN DE BIOFEEDBACK EN UNIVERSITARIOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE TÉCNICAS DE ESTUDIO Y CONTROL DE ANSIEDAD ANTE EXÁMENES

MARÍA-CAMINO ESCOLAR-LLAMAZARES, ITZIAR QUEVEDO BAYONA,
MARÍA CONSUELO SÁIZ MANZANARES, E IRENE GONZÁLEZ DÍEZ
Universidad de Burgos

INTRODUCCIÓN

Debido a la dificultad que presentan muchos estudiantes universitarios al enfrentarse a cualquier tipo de evaluación, especialmente a exámenes y la magnitud del impacto que tiene sobre los resultados académicos (Csirmaz, Vikor, Szekely, y Kasos, 2023; Huntley, Young, Tudur Smith, y Fisher, 2023), desde el Servicio Universitario de Atención a la Salud (SUAS) de la Universidad de Burgos se han implementado varios programas grupales destinados al control de este tipo de ansiedad (Escolar Llamazares et al., 2023).

Se entiende el constructo ansiedad ante la evaluación como un tipo específico de ansiedad que refleja la predisposición a manifestar respuestas de ansiedad en situaciones educativas en las que los individuos son o se sienten evaluados (Escolar-Llamazares y Serrano-Pintado, 2014a,b). Las respuestas de ansiedad pueden ser motoras, fisiológicas-afectivas y/o cognitivas, y pueden interactuar entre sí (Lang, 1968). Las pueden provocar determinadas variables antecedentes que pueden ser estímulos o respuestas del individuo que actúan como estímulos (Paguay Escobar y González Lomelí, 2023; Spielberger, Gonzalez, Taylor, Algaze, y Anton, 1978).

En este sentido, distinguimos entre dos tipos de estudiantes que pueden presentar ansiedad ante la evaluación y deterioro del rendimiento académico. Por un lado, encontramos estudiantes sin habilidades de estudio y/o sin habilidades de autocontrol de su conducta de estudio. Y por otro, estudiantes que sí cuentan en su repertorio conductual con dichas habilidades y por tanto las ponen en práctica (Escolar-Llamazares y Serrano-Pintado, 2014a; Serrano Pintado et al., 2016). En el primer caso, y aludiendo a la distinción de Wolpe (1975) hablamos de ansiedad irracional. En el segundo caso, hablamos de ansiedad racional (Escolar Llamazares et al., 2023).

En consecuencia, desde el SUAS se llevan cabo dos programas de intervención, uno para controlar la ansiedad irracional denominado “Control Ansiedad Exámenes” (CAE) y otro para controlar la ansiedad racional, denominado Autocontrol y Técnicas Estudio” (TE) (Quevedo Bayona et al., 2023).

Como mejora implementada en el curso académico 2023-2024 se aplicaron técnicas de Biofeedback para medir la respuesta fisiológica de la ansiedad que manifiestan estos estudiantes antes y después de la participación en ambos programas de intervención.

Las técnicas de Biofeedback aplicadas a la salud mental se basa en medir los cambios fisiológicos asociados con los estados psicológicos, ayudando a monitorizar las funciones corporales que se ven afectadas por las reacciones psicológicas (Mazgelytė et al., 2022). Se monitorizan diferentes factores fisiológicos, como la frecuencia cardiaca, la respuesta galvánica de la piel o mediciones respiratorias y conocimiento sobre sus cambios fisiológicos, ayudándolos a controlar mejor esos cambios y, en consecuencia, a controlar mejor su respuesta fisiológica. Se ha demostrado que el Biofeedback es una de las formas útiles de ayudar a reducir los síntomas de los trastornos de ansiedad. Además, los avances tecnológicos han posibilitado que la biorretroalimentación sea asequible, rentable y fácil de usar tanto por los profesionales como por los usuarios (Alneyadi, Drissi, Almeqbaali, y Ouhbi, 2021; Kondo et al., 2019; Malik y Dua, 2023)

Por otra parte, las técnicas de Biofeedback además de la intervención terapéutica, son relevantes como registro y recogida de variables fisiológicas, pues se utilizan instrumentos de elevada precisión como uno de sus elementos básicos y principales funcionalidades (Alneyadi et al., 2021; Carrobles, 2016).

En base al estado del arte anteriormente mencionado se plantearon en este estudio los siguientes objetivos: 1) Conocer si existían diferencias significativas respecto del grado de satisfacción percibida por los participantes en los dos programas de intervención (CAE y TE) con la recogida de datos fisiológicos de la ansiedad a través de técnicas de Biofeedback. 2) Conocer el tipo de emoción y sentimiento (positivo, negativo, neutro) que genera la utilización de Biofeedback en los estudiantes participantes en estos dos programas de intervención.

Para comprobar dichos objetivos se realizó una investigación que aplicó métodos mixtos (estudio cuantitativo y estudio cualitativo). Las preguntas de investigación fueron:

Estudio cuantitativo:

RQ1. El grado de satisfacción percibida en los estudiantes participantes con la recogida de datos fisiológicos a través de técnicas de Biofeedback, variará respecto del grupo de intervención en el que han participado (CAE vs TE).

Estudio cualitativo:

RQ2. Existirán diferencias en el tipo de emoción y sentimiento (positivo, negativo, neutro) de los estudiantes respecto de la recogida de datos con Biofeedback en función del grupo de intervención en el que han participado (CAE vs TE).

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 29 estudiantes universitarios (5 varones y 24 mujeres) que participaron en los dos programas de intervención de forma voluntaria (10 en CAE y 19 en ATE). Tenían una edad media de 22.59 años (DE = 5.9), el rango mínimo fue de 19 años y el máximo de 43. Ocho alumnos (27.6%) estudiaban un grado del área de Ciencias Sociales y Jurídicas, 9 (31%) de Ingeniería y Arquitectura, 4 (13.8%) estudiaban un grado de Educación, 7 (24.1%) un grado de Ciencias de la Salud y 1 (3.3%) Ciencias Económicas y Empresariales.

Instrumentos

A) Dispositivo de Biofeedback: Instrumento de medida objetiva de la respuesta fisiológica de ansiedad. El dispositivo utilizado en este estudio es el Neurobit Optima 4+ BT, producido por la empresa Neurobit Systems. Dispone de 4 canales de medición universal, cuyas funciones se configuran individualmente. Cada canal tiene dos entradas diferenciales marcadas como “+” y “-”. Además, el dispositivo tiene una toma conexión a tierra virtual (VG), así como una toma SH para el apantallamiento activo de los cables de medición, reduciendo los artefactos asociados con sus movimientos para algunos sensores (Neurobit Optima, 2019, 2023)

Para el desarrollo de esta investigación se ha implementado un diagrama que integra tres señales (Alneyadi et al., 2021; Vega Rodríguez, Vallejo Velásquez, y Bolaños Martínez, 2018):

- Tensión respiratoria. Se mide mediante una banda elástica que se sitúa alrededor del pecho, debajo de la apófisis xifoides del esternón. Incluye un sensor que debe colocarse hacia delante. La correa que lleva integrada debe recorrer el perímetro abdominal con bastante fuerza, pero sin dificultar la respiración. Requiere un divisor de frecuencia. Este valor de tensión es transformado en la cifra de Frecuencia Respiratoria (FR).

- Tensión muscular superficial. Se mide la actividad muscular en el antebrazo mediante el uso de 3 electrodos monofásicos autoadhesivos que no requieren el uso de gel o pasta. Las entradas “+” y “-” del canal son dos electrodos situados en los extremos opuestos del músculo estudiado. La toma VG será un electrodo en la mitad de la distancia entre los polos anteriores, si esta distancia es superior a 10 cm, o en otro punto del cuerpo.

- Conductancia de la piel. La respuesta galvánica de la piel se mide mediante 2 electrodos de uso múltiple con velcro, sin necesidad de utilizar pasta o gel. Las entradas “+” y “-” del canal son dos electrodos situados en la superficie del pulpejo de los dedos índice y corazón de la mano no dominante.

B) Encuesta de Satisfacción, diseñada ad hoc para recoger la satisfacción con la recogida de datos fisiológicos de carácter objetivo a través de Biofeedback. Incluye la valoración, a través de 7 ítems de preguntas cerradas, medidos a través de una escala tipo Likert de 5 alternativas (1 = nada satisfecho, 2 = un poco satisfecho, 3 = moderadamente satisfecho, 4 = bastante satisfecho, 5 = muy satisfecho), de distintos aspectos del proceso de recogida de datos: satisfacción general, información recibida, duración y dificultad, entorno y desarrollo. Además, se incluyen cuatro preguntas abiertas sobre el desarrollo de las sesiones: “¿Qué aspecto te ha gustado más?”; “¿Qué información recibida te ha parecido más interesante?”; “¿Algo del proceso de datos te ha transmitido inseguridad o peligro?”; “Describe con tus palabras cómo te has sentido”.

En este estudio se obtuvo el indicador de fiabilidad (consistencia interna) a través del Alpha de Cronbach $\alpha = .98$, siendo muy fiable (Cronbach, 1951).

Aspectos éticos

Esta investigación cuenta con el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos (IR 11/2023). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Todos los datos recopilados para este estudio han sido anonimizados sistemáticamente para evitar cualquier identificación personal.

Análisis de datos

Para contrastar la pregunta de investigación del estudio cuantitativo se aplicó una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el programa SPSS v29. Para contrastar la pregunta de investigación del estudio cualitativo se aplicó un análisis de código-documento, un análisis de Sankey y un análisis de sentimientos a través del programa Atlas ti. v24.

Procedimiento

Los participantes accedieron a los dos programas de intervención mediante la publicidad emitida por el SUAS en redes sociales y los canales de comunicación de la Universidad de Burgos en el mes de enero de 2023.

Una vez conformados los dos grupos de intervención, el periodo de recogida de datos fisiológicos objetivos pre-intervención con Biofeedback tuvo lugar durante la semana de comienzo de los programas de intervención. En concreto, durante la primera sesión de ambos programas, a los alumnos, se les explicó el proyecto de recogida de datos fisiológicos con Biofeedback y se les indicó que su participación era voluntaria y desinteresada. A los alumnos que voluntariamente accedieron se les citó de forma individual con la investigadora para llevar a cabo dicha recogida de objetiva (Biofeedback) pre-intervención.

Posteriormente, los participantes de ambos grupos continuaron el desarrollo normal de las sesiones correspondientes al grupo de intervención en el que participaban. Dichas sesiones variaban en función del programa, siendo 5 en el caso del grupo TE y 12 en el caso del grupo CAE. Al finalizar la última sesión de ambos programas se volvió a quedar de forma individual con los participantes para llevar a cabo de recogida de datos fisiológica objetiva post-intervención con Biofeedback y para que cumplimentaran la Encuesta de Satisfacción con la recogida de datos a través de técnicas de Biofeedback.

RESULTADOS

Se analizaron los datos relacionados con la pregunta de investigación del estudio cuantitativo que planteaba si el grado de satisfacción percibida en los estudiantes participantes variará respecto del grupo de intervención en el que han participado.

Los resultados descriptivos establecen que todos los participantes se mostraron muy satisfechos con todos los aspectos valorados a través de los 7 ítems de preguntas cerradas. La cifra media de satisfacción se situó en 4.94 (SD=.21). El aspecto más satisfactorio fue el equipo investigador ($M = 5.00$, $SD = .00$), y el menos satisfactorio la información recibida sobre el estudio ($M = 4.86$, $DE = .35$).

Al ser preguntados por los aspectos más beneficiosos e interesantes de la recogida de datos, el 32% indicó que se trataba de la visualización por pantalla de los datos; el 18% mencionó la versatilidad y precisión del dispositivo utilizado. Ninguno de los participantes indicó que existieran aspectos del proceso de recogida que transmitieran inseguridad o miedo, y el 45% describió sus sentimientos durante la recogida de datos con las palabras tranquilidad, comodidad y sin preocupación.

En cuanto a la diferencia en la satisfacción entre los dos grupos de intervención, se obtuvo una $M = 4.92$ para el grupo CAE (rango promedio de 15.60) y una $M = 4.86$ para el grupo TE (rango promedio de 14.68). Una prueba U de Mann-Whitney reveló que esta diferencia no es estadísticamente significativa [$U = 89.00$, $z = -.326$, $p = .744$]. Lo que sugiere que los estudiantes de ambos grupos estuvieron igualmente satisfechos con la recogida de datos a través de técnicas de Biofeedback.

Por otra parte, se analizaron los datos relacionados con la pregunta de investigación del estudio cualitativo que planteaba si existirán diferencias en el tipo de emoción y sentimientos (positivo, negativo, neutro) de los estudiantes respecto de la recogida de datos con Biofeedback en función del grupo de intervención en el que han participado.

Para ello, se analizaron las respuestas de los estudiantes a las cuatro preguntas abiertas de las cuatro preguntas abiertas de la escala de satisfacción. Las respuestas se categorizaron en función del tipo de emoción que los estudiantes manifestaron en

la recogida de datos con Biofeedback y en función de los sentimientos generados a nivel positivo, negativo y neutro.

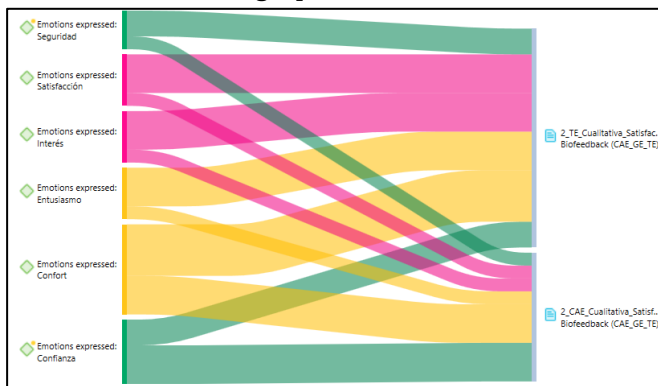
Se realizó un análisis código-documento entre el tipo de emociones encontrada y el grupo de intervención (CAE, TE). Como puede verse en la Figura 1, se encontraron, principalmente, en los estudiantes las siguientes emociones: Confianza, Confort, Entusiasmo, Interés, Satisfacción, y Seguridad. En el grupo CAE en el que se afrontaba la ansiedad irracional destacaron las emociones Confianza y Confort. En el grupo que afrontaba la ansiedad racional (TE) destacaron emociones como: Confort, Entusiasmo, Interés y Satisfacción.

Figura 1. Relación entre el tipo de sentimiento (positivo, negativo, neutro) y el grupo de intervención

		1: 2_CAE_Cu... 23	2: 2_TE_Cual... 63	Totales
Emotions expressed: Confianza	5	3 30,00%	2 11,76%	5 18,52%
Emotions expressed: Confort	7	3 30,00%	4 23,53%	7 25,93%
Emotions expressed: Entusiasmo	4	1 10,00%	3 17,65%	4 14,81%
Emotions expressed: Interés	4	1 10,00%	3 17,65%	4 14,81%
Emotions expressed: Satisfacción	4	1 10,00%	3 17,65%	4 14,81%
Emotions expressed: Seguridad	3	1 10,00%	2 11,76%	3 11,11%
Totales		10 100,00%	17 100,00%	27 100,00%

Así mismo en la Figura 2 se puede visualizar el análisis código-documento en un diagrama de Sankey. Además, de lo señalado anteriormente, se puede observar como la emoción Seguridad está más presente en los alumnos del grupo TE.

Figura 2. Diagrama de Sankey con el tipo de sentimiento (positivo, negativo, neutro) de cada grupo de intervención



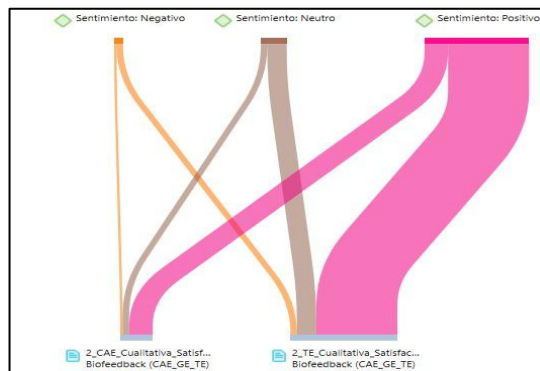
En relación al análisis de sentimientos realizado, en la Figura 3 se recoge la relación de sentimientos respecto de las sentencias dadas por los estudiantes de cada uno de los dos grupos. Como se puede comprobar el sentimiento que más predominó en las respuestas de los estudiantes de ambos grupos fue el sentimiento positivo (CAE 73.33%, TE 76%), seguido del neutro (CAE 20%, TE 18%).

Figura 3. Relación entre el tipo de sentimiento (positivo, negativo, neutro) y el grupo de intervención

	1: 2_CAE_Cu... 23	2: 2_TE_Cual... 63	Totales
● Sentimiento: Negativo 4	1 6,67%	3 6,00%	4 6,15%
● Sentimiento: Neutro 12	3 20,00%	9 18,00%	12 18,46%
● Sentimiento: Positivo 49	11 73,33%	38 76,00%	49 75,38%
Totales	15 100,00%	50 100,00%	65 100,00%

Visualizando estos datos a través de un diagrama de Sankey, se puede observar como el sentimiento positivo es superior en el grupo TE frente al grupo CAE (Figura 4).

Figura 4. Diagrama de Sankey con el tipo de emoción expresada en cada grupo de intervención



DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El propósito de este estudio ha sido conocer si existían diferencias significativas respecto del grado de satisfacción percibida por los participantes de dos programas de intervención, para controlar la ansiedad irracional (CAE) y la racional (ATE), con la recogida de datos fisiológicos a través de técnicas de Biofeedback (estudio

cuantitativo). Igualmente, hemos querido conocer el tipo de emoción y sentimiento (positivo, negativo, neutro) que genera la utilización de Biofeedback en los estudiantes participantes en estos dos programas de intervención (estudio cualitativo).

En relación al estudio cuantitativo no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción con la recogida de datos a través del Biofeedback entre los estudiantes de ambos grupos de intervención. Todos los estudiantes lo percibieron como útil e interesante, muchos de ellos disfrutaron de las sesiones de recogida de datos y pudieron evaluar su respuesta fisiológica mediante la visualización por la pantalla. Estudios similares (Chaló, Pereira, Batista, y Sancho, 2017; Meier y Welch, 2016) obtienen igualmente alta satisfacción con la utilización del Biofeedback tanto a nivel evaluativo como de intervención (Kim et al., 2021).

Respecto al análisis cualitativo de las respuestas abiertas dadas por los estudiantes, en primer lugar, hay que señalar que la utilización de una metodología de investigación mixta fortalece el análisis pormenorizado de las respuestas de los estudiantes permitiendo detectar aspectos que un análisis basado solo en datos cuantitativos no permitiría (Choi et al., 2021; Ropero-Padilla et al., 2021).

Los resultados de este análisis han ofrecido importantes indicadores para conocer el tipo de emoción manifestado por los estudiantes cuando se enfrentan a las técnicas de Biofeedback. En ambos grupos de intervención se observan emociones como Confianza, Confort, Entusiasmo, Interés, Satisfacción, y Seguridad. Este aspecto está en consonancia con la literatura científica que plantea como los individuos a menudo experimentan un sentido de empoderamiento y control al recibir información en tiempo real sobre sus estados fisiológicos, lo que les permite entender mejor sus respuestas fisiológicas (Rosenberg y Hamiel, 2021; Weibel et al., 2023).

En cuanto al tipo de sentimiento, el positivo es el que mayoritariamente han manifestado todos los estudiantes. Si bien, se ha observado como son los estudiantes del grupo TE que afrontan la ansiedad racional los que presentan este sentimiento de forma superior a los estudiantes del grupo CAE. Esto puede deberse al propio perfil de estudiante ya que los estudiante que sufren ansiedad irracional son estudiantes que suelen ser más conscientes y estar más preocupados de sus respuestas fisiológicas tal y como señalan autores como Mazgelytė et al. (2022) y Salminen et al. (2023). Lo que puede haberles echo sentirse más incómodos al ser monitoreados frente a los estudiantes con ansiedad racional (TE).

En relación a las limitaciones del estudio, se destaca que la muestra estaba compuesta principalmente por mujeres jóvenes, por lo tanto, la generalización de los hallazgos puede ser limitada. Como nuevas líneas de investigación, sería importante explorar la eficacia del Biofeedback como registro en muestras más diversas (p. ej., sexo, estudios universitarios, presencialidad/virtualidad de los estudios y ramas de

conocimiento). Asimismo, el tamaño de la muestra impide generalizar los resultados, por lo que estudios posteriores deben considerar aumentar el tamaño muestral.

En conclusión, estos resultados avalan seguir implementando este tipo de técnicas de recogida de datos que además de la alta satisfacción y emociones positivas que produce en los estudiantes permite obtener información objetiva de la respuesta fisiológica de la ansiedad ante la evaluación. Por otra parte, estos dispositivos son accesibles y de coste moderadamente reducido, por lo que las universidades podrían beneficiarse de forma colectiva de su implementación en los servicios psicológicos universitarios, de cara a mejorar el afrontamiento de los exámenes y otras situaciones ansiógenas.

Agradecimientos

Este estudio se ha realizado gracias a la financiación de dos proyectos:

Proyecto I+D+i RTI Tipo B 2020 «SmartLearnUni». Agencia Estatal de Investigación. No. PID2020-117111RB-I00

Proyecto cofinanciado por la Unión Europea KA220 «eEarlyCare-T». No. 2021-1-ES01-KA220-SCH-000032661.

REFERENCIAS

Alneyadi, M., Drissi, N., Almeqbaali, M., y Ouhbi, S. (2021). Biofeedback-based connected mental health interventions for anxiety: Systematic literature review. *JMIR MHealth and UHealth*, 9(4), 1–13. doi:10.2196/26038

Carrobles, J.A. (2016). Bio/neurofeedback. *Clínica Salud*, 27(3), 125–131. doi:10.1016/j.clysa.2016.09.003]

Chaló, P., Pereira, A., Batista, P., y Sancho, L. (2017). Biofeedback Intervention on Anxious Freshman University Students. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 42(3), 163–168. doi:10.1007/s10484-017-9361-5

Choi, J.Y., Lee, S.E., Bae, J., Kang, S., Choi, S., Tate, J.A., y Yang, Y.L. (2021). Undergraduate nursing students' experience of learning respiratory system assessment using flipped classroom: A mixed methods study. *Nurse Education Today*, 98(November 2020), 104664. doi:10.1016/j.nedt.2020.104664

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555

Csirmaz, L., Viktor, F., Szekeley, A., y Kasos, K. (2023). A Home-based Approach to Reduce Test Anxiety Using a Combination of Methods: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*. doi:10.1007/s10942-023-00512-3

Escolar Llamazares, M. C. y Serrano Pintado, I. (2014b). Definición del constructo ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 20(2–3), 165–180.

Escolar Llamazares, M.C. y Serrano Pintado, I. (2014a). Cómo afecta la ansiedad en el rendimiento de nuestros estudiantes. In F. Miralles Muñoz y A.M. Cima Muñoz (Eds.), *Los trastornos del desarrollo en la escuela : abordaje biopsicosocial* (pp. 215–238). Madrid: CEU ediciones.

Escolar Llamazares, M.C., Quevedo Bayona, I., Martínez Martín, M.A., Saiz Manzanares, M.C., Sota Rodrigo, C., Mercado Val, E., ... Varela Vázquez, C. (2023). Entrenamiento en relajación muscular con y sin Realidad Virtual en el afrontamiento de la ansiedad ante la evaluación de estudiantes universitarios. Resultados diferenciales en el Inventario de Registro de Indicadores de Tensión y Ansiedad de Cautela. In Á. Matos Martínez, M.M. Simón Márquez, J.J. Gázquez Linares, P. Molina Moreno, y M. Sisto (Eds.), *Investigación y desarrollo de recursos de intervención en contextos clínicos y de la salud* (pp. 87–97). Madrid: Dykinson, S.L.

Huntley, C.D., Young, B., Tudur Smith, C., y Fisher, P.L. (2023). Metacognitive beliefs predict test anxiety and examination performance. *Frontiers in Education*, 8(February), 1–7. doi:10.3389/educ.2023.1051304

Kim, H., Kim, D.J., Kim, S., Chung, W.H., Park, K.A., Kim, J.D.K., ... Jeon, H.J. (2021). Effect of Virtual Reality on Stress Reduction and Change of Physiological Parameters Including Heart Rate Variability in People With High Stress: An Open Randomized Crossover Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12(August), 1–11. Retrieved from doi:10.3389/fpsyt.2021.614539

Kondo, K., Nonan, K.M., Freeman, M., Ayers, C., Morasco, B.J., y Kansagara, D. (2019). Efficacy of Biofeedback for Medical Conditions: an Evidence. Map. *J Gen Intern Med*, 34(12), 2883–2893. doi:doi: 10.1007/s11606-019-05215-z

Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.U.H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 90–102). Washington: American Psychological Association.

Malik, K. y Dua, A. (2023). *Biofeedback*. StatPearls Publishing.

Mazgelytė, E., Zagorskaja, J., Dereškevičiūtė, E., Petrėnas, T., Kaminskas, A., Songailienė, J., ... Karčiauskaitė, D. (2022). Dynamics of Physiological, Biochemical and Psychological Markers during Single Session of Virtual Reality-Based Respiratory Biofeedback Relaxation. *Behavioral Sciences*, 12(12). doi:10.3390/bs12120482

Meier, N.F. y Welch, A.S. (2016). Walking versus biofeedback: a comparison of acute interventions for stressed students. *Anxiety Stress Coping*, 29(5), 463–478. doi:doi: 10.1080/10615806.2015.1085514

Neurobit Optima+ - (2023). Portable equipment for neurofeedback, biofeedback and physiological data acquisition. URL: Neurobit Optima+ - Portable equipment for neurofeedback, biofeedback and physiological data acquisition. Recuperado de: <http://www.neurobitsystems.com/neurobitoptimaplus.htm>

Neurobit Optima+ 4 / 2 BT / USB Neurobit Optima 2 BT / USB (2019). *Manual de instrucciones*.

Paguay Escobar, O. y González Lomelí, D. (2023). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios Colombianos Medida por el CAEX. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 69(3), 31. doi:10.21865/ridep69.3.03

Perez-Valero, E., Vaquero-Blasco, M.A., Lopez-Gordo, M.A., y Morillas, C. (2021). Quantitative Assessment of Stress Through EEG During a Virtual Reality Stress-Relax Session.

Frontiers in Computational Neuroscience, 15(July), 1–10. Retrieved from doi:10.3389/fncom.2021.684423

Quevedo Bayona, I., Martínez Martín, M.A., Escolar Llamazares, M.C., Mercado Val, E., Sota Rodrigo, C., Saiz Manzanares, M.C., ... González Díez, I. (2023). Vídeos 360 como herramienta para reducir la ansiedad ante los exámenes mediante terapia de exposición. Estudio comparativo de eficacia y satisfacción. In M.M. Molero Jurado, M.M. Simón Márquez, J.J. Gázquez Linares, P. Molina Moreno, y S. Fernández Gea (Eds.), *Nuevos enfoques de aproximación a la investigación e intervención en contextos educativos* (pp. 311–321). Madrid: Dykinson, S.L.

Ropero-Padilla, C., Rodríguez-Arrastia, M., Martínez-Ortigosa, A., Salas-Medina, P., Folch Ayora, A., y Roman, P. (2021). A gameful blended-learning experience in nursing: A qualitative focus group study. *Nurse Education Today*, 106(July), 105109. doi:10.1016/j.nedt.2021.105109

Rosenberg, A. y Hamiel, D. (2021). Reducing Test Anxiety and Related Symptoms Using a Biofeedback Respiratory Practice Device: A Randomized Control Trial. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 46(1), 69–82. doi:10.1007/s10484-020-09494-9

Salminen, M., Järvelä, S., Kosunen, I., Ruonala, A., Hamari, J., Ravaja, N., y Jacucci, G. (2023). Meditating in a neurofeedback virtual reality: effects on sense of presence, meditation depth and brain oscillations. *Behaviour and Information Technology*, 1–15. doi:10.1080/0144929X.2023.2258231

Serrano Pintado, I., Delgado Sánchez-Mateos, J., y Escolar Llamazares, M.C. (2016). A Stress Inoculation Program to Cope with Test Anxiety : Differential Efficacy as a Function of Worry or Emotionality. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 3–18. doi:DOI: doi:10.12804/apl34.1.2016.01

Spielberger, C.D., Gonzalez, H.P., Taylor, C.J., Algaze, B., y Anton, W.D. (1978). Examination stress and test anxiety. In C.D. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. Vol.5, pp. 167–191). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Vega Rodríguez, I.M., Vallejo Velásquez, M. A., y Bolaños Martínez, F. (2018). Uso de la actividad muscular del trapecio para determinación de estrés: Una revisión de la literatura. *Rev Cienc Tecnol.*, (29), 71–78.

Weibel, R.P., Kerr, J.I., Naegelin, M., Ferrario, A., Schinazi, V.R., La Marca, R., ... von Wangenheim, F. (2023). Virtual reality-supported biofeedback for stress management: Beneficial effects on heart rate variability and user experience. *Computers in Human Behavior*, 141(September 2022), 107607. Retrieved from doi:10.1016/j.chb.2022.107607

CAPÍTULO 3
MINDFULNESS IN THE TREATMENT OF ANXIETY:
A PROPOSAL IN PSYCHOTHERAPY

FRANCISCO JESÚS LOBATO CARVAJAL
Doctor en Psicología

INTRODUCTION

Anxiety problems have increased in recent times, becoming a major problem and being one of the most common reasons why people go to psychotherapy. Although anxiety is inherent to human beings, it can become a problem. It can be basically understood as the anticipation that subjects make of future events, which are perceived as threatening, originating a series of potentially harmful stimuli that evoke states of restlessness, agitation, worry and hypervigilance (Macías et al., 2019).

Along these lines, Clark and Beck (2010) describe anxiety as a complex behavioural, physiological, affective and cognitive response system (that is, in the form of a threat) that is activated when anticipating events or circumstances that are judged to be very aversive. because they are perceived as unpredictable, uncontrollable events that could potentially threaten an individual's vital interests.

Therefore, it is understood as a future-oriented emotion, characterized by perceptions of uncontrollability and unpredictability with respect to potentially aversive events and with a rapid change in attention towards the focus of potentially dangerous events or towards one's own affective response to such events (Barlow, 2014). Although anxiety is an innate human emotion and it prepares us cognitively, physiologically and behaviorally, what differs in each of us is heart rate, blood pressure levels, agitated breathing and muscle tension that it causes when faced with various dangerous situations (Navas & Vargas, 2012). Anxiety is therefore is considered pathological when it is excessive, difficult to control and occupies a large percentage of the person's time for at least six months. In addition, it affects different areas of people's lives, causing physical discomfort, work detriment, social problems and any area vital to the person's life (Marbán, 2017). We can consider anxiety as an emotional experience.

This experience interferes with the defensive actions that our body presents. Experimentation can make the being develop and acquire a learning process, in addition, it is a fundamental part that can enhance the maintenance of a high level of work and operational behavior, but as we have been able to verify according to research, high levels of Anxiety are harmful to the person, both in their adaptation to

the environment and in their effectiveness and even in the creation of new diseases and worsening of existing ailments (Díaz, 2014).

In psychotherapy, one of the complements or allied techniques for the treatment of anxiety is mindfulness, which helps people to place themselves in the present through various techniques, leaving behind those they cannot control and the assumptions that steal the peace of their mind. Its main objective is to focus attention, also involving behavior that allows the correct stimuli to be selected. This is how mental events are recognized in the present moment (Yagües et al., 2016).

Some studies have shown that regular mindfulness practice broadens the individual's habitual perceptual stance, facilitating the acceptance of anxiety experiences within the adaptive framework and the possibility of finding positive meaning (Garland et al., 2015; Hayes and Feldman, 2004). The foundation of Mindfulness lies in adopting behaviors that are functionally different from those that have generated the problem, rather than running away from experiences that generate discomfort without experiencing them in their entirety. In the practice of Mindfulness the person observes naturally, letting himself go and engages in a gentle way with the activity. Regarding anxiety, awareness can encompass everything. It is like space that, by not occupying space, can include thoughts, feelings or bodily sensations, whether or not they generate anxiety.

In the field of contemporary psychology, the practice of mindfulness has been incorporated as a technique so that individuals can be aware of the automatic reactions and psychological processes that often contribute to psychological imbalance and dysfunctional behaviors. During this practice, individuals will learn to detect automatic thoughts and relate their existence to emotions (Delgado et al., 2012).

On the other hand, several researchers (Brown, Weinstein and Creswell, 2012; Hou, Ng & Wan, 2015) found that practicing mindfulness produces a decrease in cortisol levels and anxiety symptoms. Research by Tomlinson et al. (2018) found that mindfulness had a positive relationship with emotional factors (especially lower perceived stress and greater well-being) and cognitive processes (less rumination and better coping strategies, among others), as well as action against anxiety.

In addition, other research has studied the possibilities of using mindfulness as a tool for the reduction and even prevention of psychological symptoms. Specifically, mindfulness training has been used more with patients with anxiety disorders, generally giving very positive results regarding the reduction of symptoms. They show a significant reduction in anxiety symptoms in the group trained in mindfulness compared to the control group (Miró et al., 2011). In summary, the results of the literature seem to indicate that mindfulness can be used successfully in the treatment of anxiety.

Objectives

Develop the practice of self-awareness of the present moment.- Promote the capacity for affective self-regulation.- Perform a practice to reduce anxiety.- Help psychological well-being.

METHOD

In order to achieve the objectives set out, a randomized controlled study will be carried out, in which anxiety will be evaluated in two pre- and post-test measurement times. The participants will be randomly distributed into two groups: control group on a waiting list and experimental group for observation of the differential reality in the dependent variables between them.

Participants

The treatment will be aimed at people between 18 and 80 years old with anxiety problems. Each group (control and experimental) will be composed of 20 participants respectively.

Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria: all participants of both sexes who have been diagnosed with anxiety and are being treated for it will be considered. Exclusion criteria: participants who have previously performed mindfulness will not be included.

Instruments

State-Trait Anxiety Questionnaire, STAI (Spielberger et al., 2011).- Beck Anxiety Inventory, BAI (Beck & Steer, 2011).- WEMWBS Emotional Well-Being Scale (López et al., 2013).- Meditations on mindfulness.

Procedure

Firstly, the corresponding permission and agreement to carry out the research will be agreed. Once the collaboration is obtained, the evaluation instruments will be applied to the participants. The control group on the waiting list will be administered the corresponding questionnaires in the first session and it will be explained to them that the treatment will be carried out in subsequent weeks.

The first session will include an introduction to explain the basic concepts of mindfulness and its benefits. In addition, they will be explained how the sessions will work and how the meditations will be practiced.

Regarding the sessions with the participants, a total of 8 sessions lasting 1 hour will be held. During them you can do the meditations repeatedly. Likewise, they will be provided with a practice diary in which they can record the practices carried out during the week in order to observe the regularity of the practice.

In this diary they will be in charge of explaining whether the participants have meditated during the week from one session to the next, what meditation they have done and what sensations they have had during it (calm, relaxed, nervous).

Activities

Several activities will be carried out, repeated for a total of 8 sessions, and lasting about 2 months, their effectiveness has been proven (Kaviani et al., 2011; Segal et al., 2017): 1st Activity. Presentation and exercise of the grape. 2nd Activity. Deal with obstacles. 3rd Activity. Breathing. 4th Activity. Be in the present. 5th Activity. Acceptance. 6th Activity. Thoughts connected with states of mind. 7th Activity. How can I take better care of myself? 8th Activity. Mindfulness in everyday life.

Data Analysis

A repeated measures ANOVA would be performed 2 (Treatment Group: Mindfulness versus Control) in 2 (Measurement Time: Pre-Post). To evaluate the inter- and intragroup differences in each of the dependent variables evaluated (anxiety and well-being). Therefore, it is a quasi-experimental comparison design between groups with pretest-posttest measurement with an experimental group and a waiting list control group. It will also be carried out: - Descriptive statistics. To determine standard deviations and means of the different variables evaluated (gender, age, degree of anxiety). - T-test to assess mean differences in the age criterion. - χ^2 test (Chi-square) to evaluate mean differences in the gender factor.

RESULTS

The expected results during the pre-treatment evaluation are that there are no statistically significant differences in the anxiety variables between the control and experimental groups respectively.

After the intervention, using the 2x2 repeated measures ANOVA, we expect to find that the participants present lower levels of anxiety compared to the participants in the control group.

However, the results will vary in relation to the quality and quantity of the practices and the commitment of the recipients in the meditations in the days between sessions. It is important to maintain a daily practice to obtain greater results and benefits from the mindfulness intervention.

It is expected that no statistically significant differences will be found in the gender and age variables. If there were any, these factors would have to be controlled statistically in the analysis of the information.

DISCUSSION

The main purpose of this proposal is treatment with mindfulness so that its recipients learn to calm and calm their minds, reducing anxiety and obtaining an increase in their psychological well-being.

In the first presentation session of the treatment, we want them to know what full attention is. Practices are introduced with anchoring meditations to focus on the present moment and calm the mind. The following meditations and dynamics seek as a result that the participants focus their attention (breath, body or sound). The following sessions will be directed towards the practice of Acceptance, connecting thoughts with state of mind, taking better care of myself and including mindfulness in everyday life.

Regarding the expected results, in short, based on the evidence of mindfulness in this treatment, we expect to obtain an improvement in psychological well-being and a decrease in the symptomatological levels of anxiety in the participants.

As for the limitations, the first is that it is a study of a proposed treatment that has not yet been implemented and therefore its results are not known. In the subsequent stages of the study it would be necessary to take into account a financing plan, the costs and analyze the resources and means necessary for its completion.

On the other hand, the proposed sample is small, so it will be necessary to increase it to carry out the treatment and increase its validity. In this way, if desirable results are obtained from the treatment with mindfulness, it would be advisable to include measurements on its follow-up with the purpose of evaluating results and maintaining them.

REFERENCES

- Barlow, D. (2014). *Manual Clínico de Trastornos Psicológicos. Tratamiento paso a paso*. Manual Moderno.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2011). *BAI. Inventario de Ansiedad de Beck*. Pearson Educación.
- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, 37(12), 2037-2041. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.04.003
- Clark, D. y Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. Guilford.
- Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Viedma, M.I., Robles, H., & Vila, J. (2012). Eficacia de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) y valores humanos como herramienta de regulación emocional y prevención del estrés para profesores. *Psicología Conductual*, 18(3), 511.
- Díaz, Y.A. (2014). Relación del bienestar psicológico con los niveles de ansiedad: rasgo-estado en adolescentes. *Medimay*, 20(1), 89-99.

Garland, E.L., Farb, N.A., Goldin, P., & Fredrickson, B.L. (2015). Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning: A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation. *Psychol Inq*, 26(4), 293-314. doi:10.1080/1047840X.2015.1064294.

Hayes, A.M. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255–262. doi:10.1093/clipsy.bph080

Hou, W.K., Ng, S.M., & Wan, J.Y. (2015). Changes in positive affect and mindfulness predict changes in cortisol response and psychiatric symptoms: A latent change score modelling approach. *Psychology and Health*, 30, 551–567. doi:10.1080/08870446.2014.990389

Kaviani, H., Javaheri, F., & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non-clinical Population. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(2), 285-296.

López, M.A., Gabilondo, A., & Codony, M. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Qual Life Res* 22, 1099–1104. doi:10.1007/s11136-012-0238-z

Macías, M., Pérez, C., López, L., & Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: Revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología*, 10(24).

Marbán, R.C. (2017). Revisión histórica de las teorías psicodinámicas explicativas de los trastornos de ansiedad. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 127-141.

Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática, *Ansiedad y Estrés*, 22(1):39-45

Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica*, 64(604), 497-507.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D (2017). *MBCT. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la ansiedad*. Kairós

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Buena-Casal, G., Cubero, N.S., & Guillén-Riquelme, A. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. (8.a ed.). TEA Ediciones.

Tomlinson, E.R., Yousaf, O., Vittersø, A.D., & Jones, L. (2018). Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. *Mindfulness*, 9(1):23-43. doi:10.1007/s12671-017-0762-6.

Yagüe, L., Sánchez, A.I., Mañas, I., Gómez, I., y Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), 23-37.

CAPÍTULO 4

ESTUDIO MIXTO DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR UNIVERSITARIOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA ANSIEDAD ANTE LA EVALUACIÓN CON LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA APLICADA EN VÍDEOS 360º, REALIDAD VIRTUAL E IMAGINACIÓN

ITZIAR QUEVEDO BAYONA, MARÍA-CAMINO ESCOLAR-LLAMAZARES,
IRENE GONZÁLEZ DÍEZ, Y MARÍA CONSUELO SÁIZ MANZANARES
Universidad de Burgos

INTRODUCCIÓN

Estado actual de la cuestión

La ansiedad ante los exámenes es un fenómeno ampliamente reconocido y significativo entre los estudiantes universitarios, caracterizado por un estado de tensión emocional y estrés exacerbado durante los períodos de evaluaciones académicas (Escolar-Llamazares, 2007; Piemontesi, Heredia, Furlan, Rosas, y Martínez, 2012; Quevedo-Bayona, Abad-Román, Martínez-Martín, & Escolar-Llamazares, 2023). Este tipo de ansiedad no solo afecta el bienestar psicológico de los estudiantes, sino que también puede tener consecuencias negativas en su rendimiento académico y en su desarrollo personal. La presión de rendir bajo ciertas expectativas académicas puede desencadenar una serie de respuestas emocionales y cognitivas que dificultan la capacidad del estudiante para concentrarse, recordar información clave y demostrar su conocimiento de manera efectiva durante los exámenes (Jiménez Ayala, 2017; Martínez-Otero, 2014).

Investigaciones extensas han demostrado que altos niveles de ansiedad antes de los exámenes están asociados con dificultades en la concentración, problemas de memoria y una reducción general en el desempeño cognitivo. La interferencia de la ansiedad en el proceso de aprendizaje y evaluación puede manifestarse de diversas formas, desde el bloqueo mental durante el examen hasta una reducción significativa en la capacidad de recuperar información aprendida (Mayo Pais, González-Freire, y Moreira-Trillo, 2015). Estos efectos negativos subrayan la importancia crítica de abordar la ansiedad ante los exámenes de manera efectiva y comprensiva dentro del contexto educativo.

Entre las diversas estrategias psicológicas utilizadas para manejar la ansiedad ante los exámenes, la desensibilización sistemática (DS) ha emergido como una técnica eficaz y bien fundamentada. Originariamente desarrollada por (Wolpe, 1968), la DS se basa en principios de exposición gradual a estímulos que provocan ansiedad, combinada con técnicas de relajación profunda para contrarrestar la respuesta

emocional negativa asociada. En el contexto educativo, esta técnica se ha aplicado tradicionalmente a través de la imaginación guiada, donde los estudiantes visualizan escenarios de examen mientras practican técnicas de relajación como la respiración profunda, la visualización positiva o el entrenamiento en auto instrucciones para reducir la ansiedad anticipatoria (Alfaro Valdivia, 2018).

En los últimos años, con el avance tecnológico y la accesibilidad creciente de la realidad virtual (RV) y los videos 360º, la desensibilización sistemática ha evolucionado hacia un enfoque más inmersivo y controlado. Estos entornos virtuales permiten simular de manera realista y precisa situaciones de examen, incluyendo auditorios virtuales con audiencias simuladas y condiciones ambientales específicas. Los estudiantes pueden experimentar la sensación de estar frente a un público real y practicar estrategias de afrontamiento en un entorno seguro y controlado, lo cual puede aumentar su confianza y reducir la ansiedad antes de los exámenes (Ghasempeyvandi y Torkan, 2023; Nararro-Haro et al., 2016).

Los beneficios potenciales de la desensibilización sistemática en entornos virtuales son significativos. Estudios preliminares sugieren que los estudiantes experimentan una reducción sustancial en los niveles de ansiedad ante los exámenes después de sesiones de práctica en VR o videos 360º. La capacidad de personalizar los escenarios de examen según las necesidades individuales del estudiante permite adaptar la dificultad y los estímulos de ansiedad de manera progresiva, optimizando así el proceso terapéutico y de entrenamiento para cada individuo (Botella, Garcia-Palacios, Baños, y Quero, 2007; O'meara, Cassarino, Bolger, y Setti, 2020).

A pesar de sus prometedoras ventajas, la implementación de la desensibilización sistemática en entornos virtuales también presenta desafíos significativos. La accesibilidad y el costo de la tecnología RV pueden limitar su adopción generalizada en entornos educativos, especialmente en instituciones con recursos limitados. Además, se requiere una formación adecuada para los terapeutas y educadores que utilicen estas herramientas, asegurando una aplicación efectiva y ética de la técnica en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes (Carl et al., 2018; Quevedo-Bayona, Martínez-Martín et al., 2023a).

Para avanzar en este campo, es importante realizar más investigaciones que examinen los mecanismos psicológicos subyacentes de la desensibilización sistemática en entornos virtuales, así como evaluar su aceptación por parte de los usuarios con este tipo de intervenciones.

Objetivos del estudio

En base al estado del arte anteriormente mencionado se plantearon en este estudio los siguientes objetivos: 1) Evaluar la satisfacción percibida por los participantes con la técnica de desensibilización sistemática en tres condiciones de

intervención (vídeos 360º, RV e imaginación) para comprobar si existen diferencias significativas entre ellas. 2) Conocer el tipo de sentimiento (positivo, negativo, neutro) que genera el uso de la técnica de desensibilización sistemática en los estudiantes participantes dependiendo del tipo de condición de DS asignada.

Preguntas de investigación

Para verificar estos objetivos, se llevó a cabo una investigación utilizando métodos mixtos (estudio cuantitativo y estudio cualitativo). Para ello, se llevaron a efecto dos estudios, un estudio cuantitativo y un estudio cualitativo. Seguidamente, se presentan las preguntas de investigación aplicadas en cada uno.

Estudio cuantitativo

RQ1. Existirán diferencias significativas en la satisfacción percibida de los participantes dependiendo del tipo de condición de DS aplicada (vídeos 360º, RV e imaginación).

Estudio cualitativo

RQ2. Los participantes presentaran sentimientos distintos dependiendo del tipo de exposición de DS que han realizado.

MÉTODO

Participantes

Los participantes de este estudio fueron estudiantes de la Universidad de Burgos que voluntariamente se inscribieron en el programa "Control de ansiedad ante exámenes" ofrecido por el Servicio Universitario de Atención a la Salud (SUAS) de dicha institución. La muestra se compuso por 10 individuos, divididos de forma aleatoria en los tres grupos de intervención. El grupo que realizó la DS en vídeos 360º se compuso por 4 estudiantes, de los cuales 3 eran mujeres y 1 hombre con una edad media de 23.25 ($DT=2.63$). El grupo que realizó la DS en RV estuvo formado por 3 mujeres con una edad media de 29.33 ($DT=12.09$) y el grupo que realizó la DS en imaginación lo conformaron 3 mujeres de edad media 21 ($DT=1.73$).

Los estudiantes provenían de diversas ramas de conocimiento: 5 pertenecían a Ingeniería y Arquitectura (50%), 2 a Humanidades y Comunicación (20%), y 3 a Ciencias de la Salud (30%). En cuanto al nivel académico, 5 estudiantes estaban cursando el segundo grado de carrera (50%), 4 estaban en el tercer curso (40%) y solo 1 estaba en el primer curso (10%). Todos los participantes completaron satisfactoriamente el programa diseñado para controlar la ansiedad ante los exámenes.

Instrumentos

Escala de satisfacción con la experiencia de exposición. Se diseñó una escala ad hoc para evaluar la satisfacción con la terapia de desensibilización sistemática y la aceptabilidad de la experiencia de enfrentar situaciones que generan ansiedad, dicha escala se basó en la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (Consumer Reports Effectiveness Scale, CRES-4) (Feixas i Viaplana et al., 2012). La escala consta de 6 ítems valorados con una escala tipo Likert del 1 al 10 (donde 1 representa "Muy descontento" y 10 "Muy satisfecho"), además incluye 5 preguntas abiertas que abordan la percepción del usuario sobre la relevancia, la dificultad, la utilidad y la sensación de control durante la terapia de desensibilización sistemática. La escala se administró al finalizar la intervención. En este estudio, se calcularon los indicadores de fiabilidad utilizando el Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de $\alpha=.704$, lo cual indica una fiabilidad aceptable (Cronbach, 1951).

Procedimiento

El procedimiento seguido en el presente estudio siguió las siguientes fases: 1. Reclutamiento de estudiantes con ansiedad ante los exámenes. En octubre de 2022, el Servicio Universitario de Atención a la Salud (SUAS) de la Universidad de Burgos (UBU) lanzó una iniciativa para promover su programa de control de la ansiedad ante los exámenes. Durante este periodo, se llevó a cabo una campaña destinada a informar a los estudiantes sobre los beneficios del programa y cómo inscribirse en él. Los estudiantes que mostraron interés en participar completaron un formulario de inscripción para formalizar su participación en el programa.

Aplicación del programa a lo largo de diez sesiones

El programa diseñado para controlar la ansiedad ante los exámenes se estructura en tres fases fundamentales: educativa, práctica y de aplicación. En la primera sesión educativa, se instruye a los participantes sobre el manejo del estrés relacionado con los exámenes. La fase práctica comprende seis sesiones durante las cuales se implementa la desensibilización sistemática, una técnica que gradualmente expone a los participantes a situaciones ansiógenas previamente identificadas y jerarquizadas por ellos mismos. En la fase de aplicación, que consta de tres sesiones, los participantes aprenden a afrontar estas situaciones de manera controlada. Para asegurar que la experiencia fuera equitativa entre los tres grupos de participantes, se desarrolló un guion detallado. En el Grupo A (imaginación), los participantes enfrentaron las situaciones ansiógenas utilizando la imaginación guiada. Por otro lado, en el Grupo B (RV), las situaciones fueron experimentadas a través de gafas de Realidad Virtual utilizando el software de Amelia Virtual Care. Mientras tanto, en el Grupo C (360°), los participantes utilizaron gafas de RV para ver videos 360° grabados

con una cámara Insta360 x3, que representaban las situaciones ansiógenas previamente identificadas en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos, con el consentimiento de estudiantes y profesores involucrados.

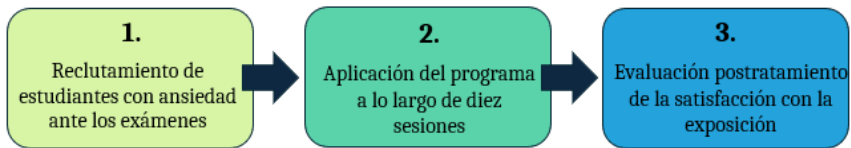
Las sesiones de exposición fueron estructuradas de manera progresiva: las situaciones 1 y 2 se abordaron en la primera sesión, las situaciones 3 y 4 en la segunda sesión, y la situación 5 en la tercera sesión. El criterio para avanzar a la siguiente situación en la jerarquía fue que los estudiantes verbalizaran una disminución en las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) a menos de 25 en una escala del 0 al 100, donde 0 representa ausencia de ansiedad y 100 el máximo grado de ansiedad.

Evaluación postratamiento de la satisfacción con la exposición

Se evaluó inmediatamente después de finalizar el programa de intervención. Para ello, se les administró la escala de satisfacción en formato papel.

A continuación, en la Figura 1 se observa el procedimiento resumido.

Figura 1. Diagrama del procedimiento del estudio



Análisis de datos

Para contrastar la pregunta de investigación del estudio cuantitativo se aplicó una prueba de Kruskal-Wallis en base al tipo de desensibilización sistemática, con el software de análisis estadístico SPSS 28. Para contrastar la pregunta de investigación del estudio cualitativo se aplicó un análisis de código-documento, un análisis de Sankey y un análisis de sentimientos a través del programa Atlas ti v9.

Aspectos éticos

Esta investigación cuenta con el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos (IR-22/2023). Todos los participantes firmaron tanto un consentimiento informado como un contrato conductual. Los datos recopilados para este estudio fueron anonimizados de manera sistemática para prevenir cualquier posible identificación personal.

RESULTADOS

La pregunta de investigación del estudio cuantitativo planteaba que existirán diferencias significativas en la satisfacción percibida de los participantes dependiendo del tipo de condición de DS aplicada (vídeos 360º, RV e imaginación).

Tras analizar los datos obtenidos, se observó que los participantes puntuaron de manera semejante en la puntuación total del cuestionario de satisfacción. Los participantes de la condición videos 360º (Grupo C) tuvieron una puntuación media de 9.01 ($DE=0.72$), los estudiantes de la condición RV (Grupo B) puntuaron 8.40 ($DE=0.26$) y los participantes que afrontaron en imaginación (Grupo A) puntuaron 8.93 ($DE=0.12$), todas ellas sobre un total de 10. Una prueba de Kruskal-Wallis reveló que las diferencias entre las puntuaciones de las diferentes condiciones no son significativas $H(2)=3.407$, $p=0.182$, indicando que el tipo de intervención no ha influido en la percepción global de la satisfacción con la terapia de desensibilización sistemática.

Sin embargo, cuando se analizó por separado cada ítem de la escala, se pudo observar que en el ítem 10, referente a la adecuación de las situaciones afrontadas, los estudiantes del Grupo A (vídeos 360º) obtuvieron una puntuación media de $M=9.75$ sobre 10 ($DE=0.50$), el Grupo B (RV) $M=6.67$ sobre 10 ($DE=1.15$) y el Grupo C (imaginación) una puntuación media de 9 puntos sobre 10 ($DE=1.00$). Tras realizarse una prueba de Kruskal-Wallis se encontró que tales diferencias son significativas $H(2)=6.385$, $p=0.041$. Cuando se revisaron las comparaciones por parejas con el método de Bonferroni, se observó que los participantes que realizaron la DS en vídeos 360º (Grupo C) puntuaron significativamente más alto que los estudiantes que realizaron la DS con RV (Grupo B) ($p=0.012$), con un tamaño del efecto moderado ($E_R^2=0.62$) (Ventura-León y Ventura-León, 2019).

La pregunta de investigación del estudio cualitativo planteaba que los estudiantes presentaran sentimientos distintos dependiendo del tipo de exposición de DS que han realizado. Para comprobar dicha pregunta de investigación se categorizaron las respuestas recibidas en función del tipo de sentimiento que manifestaron los estudiantes (positivo, negativo y neutro) y del tipo de desensibilización sistemática en el que participaron (videos 360º, RV e imaginación).

Se realizó un análisis de código-documento entre el tipo de sentimientos encontrados y la condición de desensibilización sistemática. A través de un diagrama de Sankey (Figura 2) se puede observar cómo los sentimientos que predominan entre los estudiantes independientemente de la condición de DS asignada fueron los positivos.

Figura 2. Diagrama de Sankey con el tipo de sentimiento expresado en cada grupo de intervención



Cuando se interpretaron los resultados en base a las condiciones de DS se pudo observar que los únicos estudiantes que presentaron sentimientos negativos fueron aquellos que realizaron la DS en RV. Los participantes que realizaron la DS en imaginación presentaron más sentimientos positivos (62.5%) que neutros (37.5%). Y los estudiantes que realizaron la DS con vídeos 360^o presentan mayor porcentaje de sentimientos positivos (91.7%) (Figura 3).

Figura 3. Relación entre el tipo de sentimiento y la condición de desensibilización sistemática

	Sentimiento Negativo	Sentimiento Neutro	Sentimiento Positivo
DS en Vídeos 360		1 (8.3%)	11 (91.7%)
DS en RV	2 (22.2%)	3 (33.3%)	4 (44.5%)
DS en Imaginación		3 (37.5%)	5 (62.5%)

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio ha sido conocer si existían diferencias significativas en el grado de satisfacción percibido por los alumnos con el uso de la desensibilización sistemática (DS), dependiendo del tipo de condición que les fue asignada: videos 360^o, RV o imaginación (estudio cuantitativo). Igualmente, se quiso conocer el tipo de sentimiento (positivo, negativo, neutro) que la utilización de dicha técnica en sus tres condiciones mencionadas (vídeos 360^o, RV o imaginación) generaba en los estudiantes participantes en el programa de intervención (estudio cualitativo).

En relación con el estudio cuantitativo, se observó un mayor interés y participación entre los alumnos que utilizaron videos 360^o, reflejándose en niveles de satisfacción más elevados. Sobre todo, los alumnos que realizaron la DS con los videos 360^o se sentían más satisfechos con la calidad de la exposición y la adecuación de las escenas, que sus compañeros que habían realizado la DS con imaginación o con RV. Además, la mayoría de los estudiantes eligieron los videos 360^o como su opción

preferida para realizar la DS. Al igual que indican otros estudios, esto podría explicarse debido al atractivo que presentan las nuevas tecnologías para las personas, sobre todo en poblaciones más jóvenes (Orso, Pluchinot, Mora, Miglioranza, & Gamberini, 2020; Valero Aguayo, 2023).

En cuanto al análisis cualitativo de las respuestas abiertas de los estudiantes, es relevante destacar que el uso de una metodología de investigación mixta enriquece el análisis detallado de estas respuestas, permitiendo identificar aspectos que no podrían ser detectados mediante un análisis exclusivamente cuantitativo (Sánchez-Gómez, Rodrigues, y Costa, 2018). En el estudio cualitativo, se observó cómo los estudiantes que realizaron la DS con videos 360° presentaron sentimientos más positivos que sus compañeros que realizaron la DS en las otras dos condiciones. Siendo notable que los únicos que presentaron sentimientos negativos fueron aquellos estudiantes que realizaron la DS en RV. Coincidiendo con el estudio de (Quintana, Bouchard, Serrano, y Cárdenas-López, 2014) esto puede deberse a la falta de realismo de las escenas y al hecho de que ciertos sujetos experimentan mareos con este tipo de tecnología.

Por otro lado, aunque la realidad virtual también ofrece beneficios significativos, su implementación puede ser más restrictiva debido a los costos asociados y la necesidad de equipamiento específico. La creación y adaptación de escenarios en RV requiere una inversión considerable tanto en tiempo como en recursos económicos, lo que puede limitar su accesibilidad y flexibilidad. En contraste, los videos 360° pueden ser producidos y modificados con mayor facilidad y a un costo menor, lo que los hace una opción más viable y adaptable para diversas instituciones educativas y terapéuticas (Orso et al., 2020; Quevedo-Bayona et al., 2023b).

CONCLUSIONES

Se concluye que la capacidad de los videos 360° para simular situaciones de manera realista y precisa, contribuye a una mayor satisfacción comunicada por los participantes que realizaron la DS en dicha condición (Meekes & Stanmore, 2017). Cabe destacar también la posibilidad de personalizar estos escenarios según las necesidades individuales del estudiante, permitiendo una exposición gradual y ajustada de los estímulos de ansiedad, optimizando el proceso terapéutico (Quevedo-Bayona et al., 2023a; Torrico Apaza, 2018).

Además, el atractivo de la tecnología de videos 360° puede ser particularmente útil para motivar a los estudiantes a participar en las sesiones de terapia. La naturaleza inmersiva y realista de estos videos proporciona una experiencia atractiva que puede reducir la resistencia inicial a la terapia y fomentar una mayor implicación en el proceso. Esto es crucial, ya que la participación activa y el compromiso del

estudiante son factores determinantes para el éxito de la terapia de exposición (Orso et al., 2020).

Finalmente, es importante señalar que la elección entre imaginación, RV y videos 360º debe basarse en las necesidades y preferencias individuales de los estudiantes, así como en los recursos disponibles. Aunque todas las condiciones tienen el potencial de mejorar significativamente el manejo de la ansiedad ante los exámenes y otras formas de ansiedad, proporcionando herramientas efectivas para la desensibilización sistemática y otras intervenciones terapéuticas. La integración de estas tecnologías en programas de tratamiento puede representar un avance significativo en la atención psicológica y el bienestar de los estudiantes (Arnfred, Svendsen, Adjourlu, y Horthøj, 2023).

En cuanto a las limitaciones del estudio, es importante señalar que la muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres jóvenes, lo que podría limitar la aplicabilidad de los resultados a una población más amplia y diversa. Asimismo, el tamaño reducido de la muestra dificulta la generalización de los hallazgos. Futuras investigaciones deberían considerar evaluar la eficacia de los videos 360º para DS en muestras más heterogéneas, teniendo en cuenta variables como el género, el nivel educativo, la modalidad de estudio (presencial o virtual) y las diferentes áreas de conocimiento. Incluir una muestra más variada permitiría obtener resultados más representativos y aplicables a distintas poblaciones. Además, aumentar el tamaño de la muestra en estudios posteriores sería crucial para mejorar la validez externa de los resultados y asegurar que los hallazgos puedan generalizarse de manera más amplia.

En resumen, la utilización de videos 360º en la desensibilización sistemática ofrece una serie de ventajas sobre la realidad virtual, incluyendo una mayor facilidad de adaptación a las necesidades individuales, un costo menor, y una mayor flexibilidad en la implementación, además de una mayor satisfacción y aceptación por parte de los estudiantes. Estas tecnologías no solo optimizan la eficacia de las sesiones grupales, sino que también mejoran la participación y la satisfacción de los estudiantes, haciendo que las intervenciones sean más atractivas y accesibles (Valero, 2023). La capacidad de personalizar las experiencias de exposición a la ansiedad y el atractivo intrínseco de estas tecnologías las convierten en herramientas valiosas para el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes, así como su posible generalización para tratar otro tipo de ansiedades.

Agradecimientos

Este estudio se ha realizado gracias a la financiación de dos proyectos: Proyecto I+D+i RTI Tipo B 2020 «SmartLearnUni». Agencia Estatal de Investigación. No. PID2020-117111RB-I00

Proyecto cofinanciado por la Unión Europea KA220 «eEarlyCare-T». No. 2021-1-ES01-KA220-SCH-000032661.

REFERENCIAS

Alfaro Valdivia, M. (2018). *Efectos de un programa de desensibilización sistemática para la reducción de los niveles altos de ansiedad estado en los estudiantes de II ciclo de ingeniería de seguridad industrial y minera de la universidad tecnológica de Perú. Arequipa 2009-2015*. Universidad Católica de Santa María.

Arnfred, B., Svendsen, J.K., Adjourlu, A., y Horthøj, C. (2023). Scoping review of the hardware and software features of virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder, agoraphobia, and specific phobia. *Frontiers in Virtual Reality*, 4(June), 1–12. Retrieved from doi:10.3389/frvir.2023.952741

Botella, C., Garcia-Palacios, A., Baños, R.M., y Quero, S. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.

Carl, E., Stein, A.T., Levihn-Coon, A., Pogue, J.R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., ... Powers, M.B. (2018). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. Recuperado de: doi:10.1016/j.janxdis.2018.08.003

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. Recuperado de: doi:10.1007/BF02310555

Escolar-Llamazares, M.C. (2007). *Eficacia diferencial de estrategias de afrontamiento en la reducción de la ansiedad ante los exámenes en función del tipo de variable principalmente afectada*. Universidad de Salamanca.

Feixas i Viaplana, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García Grau, E., y Bados López, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4). *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51–58.

Ghasempeyvandi, M. y Torkan, H. (2023). The effect of virtual reality exposure therapy on focus of attention, self criticism, and interpretation bias in university students with social anxiety. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1). Retrieved from doi:10.4103/jehp.jehp_1742_22

Jiménez Ayala, C.E. (2017). *Ansiedad escolar, y su relación con las autoatribuciones académicas, el autoconcepto, perfeccionismo y agresividad en una muestra de estudiantes ecuatorianos de 12 a 18 años*. Universidad de Alicante.

Martínez-Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63–78. Retrieved from doi:10.18239/ensayos.v29i2.384

Mayo Pais, M.E., González-Freire, B., y Moreira-Trillo, V. (2015). Ansiedad ante los exámenes en la universidad: estudio de caso único. *Ansiedad y Estres*, 21(1), 21–33.

Meekes, W. y Stanmore, E.K. (2017). Motivational determinants of exergame participation for older people in assisted living facilities: Mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7). Recuperado de: doi:10.2196/jmir.6841

Nararro-Haro, M.V., Hoffman, H.G., Garcia-Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K., y Linehan, M. (2016). The use of virtual reality to facilitate mindfulness skills training in

dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A case study. *Frontiers in Psychology*, 7(NOV). Retrieved from doi:10.3389/fpsyg.2016.01573

O'meara, A., Cassarino, M., Bolger, A., y Setti, A. (2020). Virtual reality nature exposure and test anxiety. *Multimodal Technologies and Interaction*, 4(4), 1–14. Retrieved from doi:10.3390/mti4040075

Orso, V., Pluchinon, P., Mora, D., Miglioranza, L., y Gamberini, L. (2020). Experimenting immersive videos to reduce test anxiety in university students. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 18.

Piemontesi, S.E., Heredia, D.E., Furlan, L.A., Rosas, J.S., y Martínez, M. (2012). Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(1), 89–96. Recuperado de: doi:10.6018/ANALES

Quevedo-Bayona, I., Abad-Román, M., Martínez-Martín, M.Á., y Escolar-Llamazares, M.C. (2023). Servicio Universitario de Atención a la Salud de la Universidad de Burgos. Programa de control de ansiedad ante los exámenes. In S. de P. e I. I. Institucional Universidad de Burgos (Ed.), *El contexto universitario como espacio promotor de hábitos saludables* (p. 67).

Quevedo-Bayona, I., Martínez-Martín, M.Á., Escolar-Llamazares, M.C., Mercado-Val, E., Sota-Rodrigo, C., Saiz-Manzanares, M.C., ... González-Díez, I. (2023a). Vídeos 360 como herramienta para reducir la ansiedad ante exámenes mediante terapia de exposición: estudio comparativo de eficacia y satisfacción. In M.M. Simón Marquez, J.J. Gázquez, P. Molina Moreno, y S. Fernández Gea (Eds.), *Nuevos enfoques de aproximación a la investigación e intervención en contextos educativos* (pp. 311–322). Dykinson. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=953451>

Quintana, P., Bouchard, S., Serrano, B., y Cárdenas-López, G. (2014). Efectos secundarios negativos de la inmersión con realidad virtual en poblaciones clínicas que padecen ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 197–207. Recuperado de: doi:10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13901

Sánchez-Gómez, M.C., Rodrigues, A.I., y Costa, A.P. (2018). From qualitative methods to mixed models: Current trend in social science research. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informacao*, (28), ix–xiii. Recuperado de: doi:10.17013/risti.28.0

Torraco Apaza, I. (2018). *Desensibilización sistemática, realidad virtual y fobia social*. Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia.

Valero Aguayo, L. (2023). La realidad virtual para la acrofobia. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 14(1), 62–73. Recuperado de: doi:10.20318/recs.2023.7329

Ventura-León, J.L. y Ventura-León, J.L. (2019). Tamaño del efecto para Kruskal-Wallis: aportes al artículo de Domínguez-González et al. *Investigación En Educación Médica*, 8(30), 135–136. Recuperado de: doi:10.1016/j.riem.2017.07.002

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex: a Pavlovian Journal of Research & Therapy*, 3. Recuperado de: 10.1007/BF03000093

CAPÍTULO 5

UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE HABILIDADES TERAPÉUTICAS CON PACIENTES DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA

NURIA SENENT CAPUZ
Universidad Católica de Valencia

INTRODUCCIÓN

Marco teórico

Fernández-Liria, Hernández y Rodríguez (1997) definieron la terapia como un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud (paciente). Esta intervención tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud del segundo. En principio esta definición sencilla entraña una relación altamente compleja. Si analizamos la esencia de la definición sería fácil inferir que, si el paciente obtiene una mejora en términos cuantitativos o cualitativos de su salud, debería bastar para mostrar fidelidad al tratamiento y al profesional que lo implementa. Pero los datos nos indican que esto no es así. La investigación sugiere que a nivel global entre el 5% y el 10% de pacientes abandonan sus tratamientos (Hansen, Lambert y Forman, 2002; Lambert, 2013; Mahon, 2023). No obstante, estas cifras generales no reflejan la realidad de algunas investigaciones locales, que señalan tasas de hasta un 73.2% de abandono del proceso terapéutico (Okiishi, Lambert, Nielsen, y Ogles, 2003; Saxon, Firth, y Barkham, 2017).

En los últimos años, se ha analizado con minuciosidad los factores que responden ante esta disparidad de resultados y junto con el cambio producido socialmente, se ha apostado por un Modelo clínico Centrado en el Paciente (MCCP) (Turabian, 2018). Desde este modelo se ha puesto el foco de interés en conocer que factores favorecen la adherencia al tratamiento y al clínico que lo implementa. De hecho, la efectividad de éste y los objetivos alcanzados constituyen un factor importante, pero no siempre determinante.

Este concepto, si bien se ha ido perfilando desde las perspectivas actuales, no es ajeno a la historia de la intervención terapéutica. Balint (1969), introdujo los conceptos de Comunicación Centrada en el Paciente y Escucha Activa y defendió el papel de los propios clínicos como potentes instrumentos diagnósticos y terapéuticos (Calabuig-Sanfeliu, Cervera y Ygual-Fernández, 2024). Fue Rogers en 1979 quien desarrolló el modelo de terapia centrada en el cliente y posteriormente desde su escuela humanística (1996) insistió en la relación de ayuda, dando especial importancia a la empatía, respeto por la persona y una calidez no posesiva (Fernández-Zuñiga y De León, 2008). Incluso datos anteriores señalan que Freud

(1913) aunque no utilizó este concepto como tal, dio a conocer que antes de que el terapeuta proporcionará al paciente sus primeras interpretaciones, debía establecer un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento el primer objetivo de la intervención (Andrade, 2005).

APA (Asociación estadounidense de Psicología) en 2002 señaló la alianza terapéutica (Norcross, 2002) como uno de los elementos que caracterizaban la efectividad en las intervenciones (Sylvestre y Gobeil, 2020). De hecho, la estrecha relación entre la calidad de la alianza terapéutica y la efectividad de las intervenciones han sido demostrada empíricamente en el campo de las Ciencias de la Salud (Hall, Ferreira, Maher, Latimer y Ferreira, 2010; Martin, Graske y Davis, 2000). Dos metaanálisis centrados en pacientes adultos señalaron una relación modesta pero significativa entre la alianza terapéutica y los resultados de la intervención. El primero de estos metaanálisis incluyó 24 estudios e indicó un tamaño del efecto promedio de 0,26 (Horvath y Symonds, 1991), mientras que el segundo, que incluyó 79 estudios, señaló un tamaño del efecto de 0,22 (Martin et al., 2000). Otros dos metaanálisis, centrados en niños y adolescentes ($n = 49$ y $n = 23$, respectivamente), reportaron resultados similares (Karver, Handelsman, Fields y Bickman, 2006). Aunque estos tamaños de efecto pueden parecer modestos a primera vista, en áreas donde tantos factores pueden influir en los resultados (por ejemplo, gravedad del trastorno, factores estresantes, psicosociales o familiares), su impacto se considera muy significativo (Gobeil y Sylvestre, 2020., Rutledge y Loh, 2004)

Investigaciones más recientes señalan que el MCCP mejora la eficacia y la eficiencia de los tratamientos (Fiorio, Gorli y Verzillo, 2018), así como la satisfacción de pacientes y profesionales. La aparición de este nuevo modelo ha empujado a los sanitarios hacia un planteamiento caracterizado por cuatro componentes:

- a) La exploración de la dolencia o experiencia personal de estar o sentirse enfermo
- b) La comprensión de la persona de forma integral
- c) La toma de decisiones compartidas entre profesional y paciente acerca de los procedimientos diagnósticos y los objetivos de tratamiento
- d) El desarrollo de un vínculo relacional de calidad entre el profesional y el paciente en términos de confianza, respeto y empatía. También conocido como alianza terapéutica (Camps, 2007; Calabuig-Sanfeliu et al., 2024)

Es este último componente, el que ocupa nuestro interés y el que ha generado cambios significativos en las formaciones de los profesionales que se dedican al campo de la Salud, como es el caso de los logopedas y de los psicólogos. Los estudios han determinado que parte de esta alianza establecida entre paciente y clínico se produce como consecuencia de las habilidades terapéuticas del segundo. El término habilidad hace referencia a la capacidad de la persona en hacer algo bien (Cervera,

Calabuig-Sanfeliu y Ygual-Fernández, 2023). Estas habilidades están estrechamente vinculadas con las características intrapersonales. Algunas personas tienen desarrolladas determinadas sensibilidades, habilidades o características que han ido adquiriendo a través de diversos contextos de interacción y aprendizaje, otras en cambio no lo han hecho. Desde un sentido pragmático, se entiende que las habilidades no son innatas, se desarrollan a través del conocimiento y la práctica, y, por tanto, pueden aprenderse. Como consecuencia de esta perspectiva, en los últimos años han proliferado las formaciones específicas en grados o en estudios de postgrado sobre habilidades terapéuticas y las investigaciones que avalan que dicha formación es necesaria en los estudios universitarios (Finch et al., 2017).

Hipótesis de la investigación

Si atendemos a la definición de Fernández-Liria et al. (1997), los pacientes deberían otorgar una consideración alta a la competencia en cuanto a conocimientos de su terapeuta y en una menor medida a cualidades personales que tienen una mayor implicación en las interacciones personales. No obstante, la literatura revisada indica que no se establece una relación directa entre esta habilidad y una alianza terapéutica adecuada y que los pacientes se inclinan por cualidades más de índole personal en el terapeuta.

Objetivo de la investigación

El objetivo general del presente estudio busca conocer que habilidades terapéuticas son más valoradas en los pacientes que acuden a terapia con psicólogos o logopedas. A su vez, aunque ambas profesiones pertenecen al campo de la salud, son sustancialmente diferentes y esto deriva en los dos objetivos específicos del trabajo:

1. Observar si existen diferencias entre las habilidades seleccionadas entre los pacientes que acuden a una sesión de psicología frente a una sesión de logopedia.
2. Observar si las habilidades seleccionadas por los pacientes son coincidentes por las que estudiantes de ambas profesiones establecen como prioritarias

MÉTODO

Participantes

Para seleccionar la muestra se siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad
- Lengua vehicular el castellano o competencia alta en esta lengua, para entender el cuestionario de forma adecuada
- Acudir a intervención psicológica o logopédica al menos una vez al mes durante mínimo 6 meses con el mismo profesional

A su vez se estableció como criterio de exclusión que el paciente padeciera una discapacidad con afectación cognitiva o cualquier condición que requiriese de una tutorización externa

La muestra finalmente estuvo constituida por dos grupos, ambos formados por 25 participantes. El primer grupo estuvo constituido con pacientes que acudían a intervención psicológica implementada por un profesional de esta área. Los participantes tenían edades comprendidas entre los 19 y 60 años, con una edad media de 27.3 años. Un 64% eran mujeres y un 33% eran hombres. Respecto al segundo grupo formado también por 25 sujetos que acudían a intervención, en este caso de logopedia, estuvo formada por un 56% de mujeres y un 44% de hombres con edades comprendidas de entre los 18 y 74 años y con una edad media de 30.8 años. En la totalidad de la muestra el 96% tenían estudios universitarios o estaban cursándolos. Solamente un 4% tenía estudios profesionales de 1º ciclo o educación secundaria.

Procedimiento

1. Selección de habilidades y elaboración de ítems
Tras la lectura del artículo de Fernández-Zuñiga y De León, 2008, se seleccionaron inicialmente 7 habilidades terapéuticas de la propuesta de los autores. Para elegir las habilidades se realizó un grupo de discusión con 23 participantes (22 estudiantes del grado de logopedia y doble grado de logopedia/psicología, junto con una profesora universitaria de ambas titulaciones). El grupo estuvo constituido por un 91.3% de mujeres y un 8.7% de hombres con una media de edad de 23.8 años.

El procedimiento fue el siguiente:

- Todos los participantes leyeron el artículo y seleccionaron 5 habilidades sobre el resto (valoradas como más significativas)

- Se hizo una primera puesta en común de las cuáles surgieron las siguientes habilidades:

Empatía

Conocimiento

Escuchar activamente

Reforzar

Sintetizar

Apoyar con calidez

Enseñar a valorar los avances

- La profesora explicó específicamente cada una de estas habilidades, para que todos los jueces entendieran y valoraran cada habilidad desde un mismo significado

- Se volvió a votar (anónimamente), en este caso las tres habilidades que consideraban más necesarias como futuros terapeutas

- Se eliminó del listado inicial la habilidad de sintetizar porque no obtuvo ningún voto en la segunda ronda

- Se estableció una discusión entre los participantes sobre las habilidades seleccionadas, argumentando sus valoraciones sobre éstas y se votó de nuevo

- Finalmente, respecto a las diferencias entre grupos, observamos una distancia también entre las puntuaciones obtenidas por el grupo 1 y el grupo 2, respecto al ítem 12, relacionado con la habilidad de apoyo cálido, crear un clima adecuado. Mientras que para el grupo 1 este ítem obtiene una puntuación muy alta (el 84% lo valoran con la puntuación máxima), para el grupo 2, solamente el 76% le dan la máxima puntuación.

Aplicación de la escala a los participantes

Posteriormente a la selección de las habilidades se elaboró una escala tipo Likert de 14 ítems (dos ítems por habilidad de las siete seleccionadas inicialmente) que fue administrada a los participantes de forma manual. A continuación, podemos observar los ítems que conformaron la escala en la tabla 1 (cada ítem tenía una ponderación máxima de 5 puntos).

Tabla 1. Ítems sobre Habilidades Terapéuticas

1. Me gusta sentirme escuchado y considerado durante la sesión de tratamiento
2. Me gusta que mi terapeuta conozca y domine diferentes técnicas de intervención, ajustándose y adaptándolas en función de la situación
3. Me gusta que mi terapeuta conteste a mis dudas o inquietudes sobre el tratamiento, demostrando seguridad en sus respuestas
4. Me gusta que mi terapeuta señale y valore los avances que hago en el tratamiento
5. Me gusta recibir información clara y sencilla de la intervención que estoy recibiendo
6. No me gusta recibir la información justa para entender que estamos haciendo y porque lo estamos haciendo, prefiero que la información sea amplia, por si surge alguna duda
7. Me gusta que cuando señalo algún aspecto de la terapia o comento el tratamiento, sentir que se escucha y valora mi opinión
8. Me gusta poder hacer cualquier comentario porque será recibido adecuadamente
9. Me gusta que se me felicite por el trabajo realizado fuera de las sesiones
10. No me gusta sentirme poco escuchada por mi terapeuta, porque está pendiente de otros aspectos (puerta, teléfono, reloj)
11. Me gusta que, aunque no esté de acuerdo con mis actuaciones, mi terapeuta sea capaz de ponerse en mi lugar y realizar un análisis, haciéndome ver lo positivo o negativo de mi conducta
12. Me gusta que mi terapeuta se esfuerce en conocerme, realizando preguntas con sensibilidad y tacto
13. Me gusta que mi terapeuta me ofrezca feed back al finalizar la sesión
14. Me gusta que mi terapeuta trabaje conmigo de manera cercana y asertiva

RESULTADOS

Si realizamos un análisis global, podemos decir que existen dos ítems el 11 y el 7 relacionados con la empatía y con la escucha activa que la mayoría de los encuestados otorgaron una mayor puntuación. En el caso del ítem 11, el 88% de los encuestados ponderaron con la máxima puntuación, y el porcentaje restante no lo hizo con menos de un 4. Muy similar es la situación del ítem 7, donde el porcentaje de participantes que lo valoran con la puntuación más alta es de un 82% y en ningún caso se ponderó con menos de un 4. Respecto a los dos ítems que obtuvieron una menor puntuación fueron el 5 (habilidad de sintetizar) y el 9 (habilidad de reforzar). Ninguno de los dos obtuvo una puntuación máxima en su ponderación y solamente los evaluaron con un 4 un 64% y un 60% respectivamente de los encuestados.

Si ponemos el foco en los resultados por grupo, podemos observar algunas diferencias:

- Respecto al ítem 2 que hace referencia al dominio de conocimiento del profesional, en ningún grupo obtuvo la puntuación máxima, pero es cierto que el grupo 2 (pacientes de logopedas) fue valorado por el 92% de participantes con más de un 4 y por un 76% con la ponderación máxima. Estos datos son diferentes respecto al grupo 1 formado por pacientes que acuden a psicoterapia, donde el 80% valoró este ítem con más de un 4 y solamente un 60% lo hizo con la ponderación máxima.

- Otra diferencia respecto a grupos la observamos en la ponderación otorgada al ítem 13, que hace referencia a la capacidad de síntesis y retroalimentación por parte del terapeuta. Mientras que para el grupo 2 es un ítem que solamente alcanza su máxima puntuación para el 52% de los participantes, en el grupo 1 se obtiene la valoración máxima por el 72% de los participantes.

- Finalmente, respecto a las diferencias entre grupos, observamos una distancia también entre las puntuaciones obtenidas por el grupo 1 y el grupo 2, respecto al ítem 12, relacionado con la habilidad de apoyo cálido, crear un clima adecuado. Mientras que para el grupo 1 este ítem obtiene una puntuación muy alta (el 84% lo valoran con la puntuación máxima), para el grupo 2, solamente el 76% le dan la máxima puntuación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los hallazgos observados nos indican que en ambos grupos los ítems relacionados con variable personales como la empatía, la capacidad de escucha y la calidez en el terapeuta son considerados como habilidades muy relevantes desde el punto de vista de los pacientes. En este sentido son parcialmente coincidentes con la propuesta establecida por el grupo de discusión formado por los estudiantes, que, si bien es cierto que señalaron de forma muy significativa a la empatía como la habilidad

esencial en una terapeuta, también valoraron la capacidad de señalar los avances del paciente, habilidad que entre los encuestados obtuvo puntuaciones medias.

Respecto al conocimiento, la destreza de manejarse con técnicas y herramientas de intervención y evaluación por un terapeuta, fue una de las competencias señaladas como más relevante, pero las puntuaciones obtenidas por los grupos de pacientes, señalan que si bien es una variable importante, no lo era tanto para el grupo 1 de pacientes, quizás la explicación se encuentre en la naturaleza de las intervenciones de cada disciplina.

Si comparamos los resultados obtenidos con la literatura reciente, los resultados alcanzados son consistentes con los nuevos paradigmas planteados. Algunos trabajos señalan que el desarrollo de un vínculo entre profesional y paciente en términos de confianza, respeto y empatía (Camps, 2007) son una de las claves para generar una buena interacción en terapia. De hecho, algunas investigaciones han señalado estas habilidades como básicas para lograr cambios efectivos en terapia (Lawton, Haddock, Conroy, Serrant, y Sage, 2019) e incluso determinantes para el éxito del tratamiento (Plexico, Manning, y DiLollo, 2010). Los resultados de estos trabajos son los que avalan la necesidad imperiosa de trabajar desde el MCCP. No obstante, también hemos de ser cuidadosos, y no dejar que las habilidades personales suplan a las profesionales, se trata de una interacción, pero no de una sustitución. En este sentido Lawton, Haddock, Conroy, Serrant, y Sage (2018) señalaron que es igual de relevante “ la importancia de mostrar empatía” como la necesidad de “delinear roles” en el proceso terapéutico.

Limitaciones

El presente trabajo es un estudio preliminar, con una muestra de sujetos no muy amplia. Se debería ampliar el número de sujetos en ambos grupos para poder obtener hallazgos más consistentes. Otra limitación inherente al número de participantes sería que no haya una participación equitativa entre hombres y mujeres. Si el tamaño muestral aumentará se podría hacer análisis sobre si existen diferencias en las respuestas obtenidas en función del género y de la edad. Además, un número de participantes más amplio permitiría otro tipo de análisis de datos más complejo. Sería adecuado contrastar y valorar la selección de los ítems de la escala por grupos de discusión formados por profesionales en ejercicio tanto del campo de la psicología como de la logopedia

REFERENCIAS

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-76.

Calabuig-Sanfeliu, B., Cervera-Mérida J.F., y Ygual-Fernández, A. (2024). Habilidades terapéuticas en logopedia: punto de vista de profesionales y pacientes. *Revista de Investigación en Logopedia*, 14(1), e88034.

Camps, V. (2007). La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 21, 1-13.

Cervera, J.F., Calabuig-Sanfeliu B., y Ygual-Fernández, A. (2023). *Competencias y habilidades profesionales del logopeda*. Editorial Síntesis.

Fernández -Liria, A., Hernández, M., y Rodríguez B. (1997). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 15-141.

Finch, E., Cameron, A., Fleming, J., Lethlean, J., Hudson, K., y McPhail, S. (2017). Does communication partner training improve the conversation skills of speech-language pathology students when interacting with people with aphasia? *Journal of Communication Disorders*, 68, 1-9.

Fiorio, C. V., Gorli, M., y Verzillo, S. (2018). Evaluating organizational change in health care: The patient-centered hospital model. *BMC Health Services Research*, 18(1), Art. 1.

Hall, A.M., Ferreira, P.H., Maher, C.G., Latimer, J., y Ferreira, M.L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A systematic review. *Physical Therapy*, 90(3), 1099-1110.

Hansen, N.B., Lambert, M.J., y Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343.

Horvath, A. y Symonds, R.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-15 149.

Karver, M., Handelsman, J.B., Fields, S., y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of 4 therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for 5 different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychologist*, 26(1), 50-65.

Lambert, M.J.(2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.

Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., y Sage, K. (2019). People with aphasia's perspectives of the therapeutic alliance during speech-language intervention: A qualitative methodological approach. *International Journal of Speech-Language Pathology*.

Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P., y Serrant, L. (2018). Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in aphasia rehabilitation post-stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53, 550-563.

Mahon, D. (2023). A scoping review of deliberate practice in the acquisition of therapeutic skills and practices. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(4), 965-981.

Martin, D.J., Graskie, J.P., y Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance 18 with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting 19 and Clinical Psychology, 68*, 438-450.

Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., y Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 361-373.

Plexico, L.W., Manning, W.H., y DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective 13 and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of 14 Fluency Disorders, 35*, 333-354

Rogers, C.R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education, 100*, 98-107.

Rutledge, T. y Loh, C. (2004). Effect sizes and statistical testing in the determination of 15 clinical significance in behavioral medicine research. *Annals of Behavioral 16 Medicine, 27*, 138-145.

Saxon, D., Firth, N., y Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health, 44*, 705-715.

Sylvestre, A. y Gobeil, S. (2020). The therapeutic alliance: A must for clinical practice. *Canadian Journal of Speech- languages Pathology & Audiology, 44*(3), 125-135.

Turabian, J. (2018). Patient-centered care and biopsychosocial model. *Trends in General Practice, 1*, 1-2.

Zúñiga, A.F. y de León, M. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 28*(1), 28-39.

CAPÍTULO 6

ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ANTIBIOTERAPIA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ OJEA
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN

Desde su descubrimiento, a mediados del S. XX los antibióticos han favorecido la modernización de la medicina, usándose en el tratamiento de infecciones bacterianas (Negreiros, 2023). Una parte de la población hace un mal uso de estos tratamientos, sin tener los conocimientos suficientes acerca de los mismos (Akande-Sholabi y Oyesiji, 2023; Hermsen et al., 2020). Es habitual que una gran parte de la población se “autorecete” tratamientos antibióticos (Laytner et al., 2023) o modifique las dosis prescritas por su médico, ayudando a la aparición de resistencias a los antibióticos y efectos secundarios (García y Villar, 2021; Negreiros, 2023).

La alfabetización en salud se basa en las aptitudes de las personas para entender, alcanzar y usar la información sobre su salud y el sistema de salud para poder comprender información para mantener y promover un estado saludable (González, 2019). La alfabetización sanitaria, en concreto toda aquella relacionada con los medicamentos, facilita la adquisición de los conocimientos y habilidades que necesitamos para tener acceso a la información sobre los fármacos, entenderla y usarla, mejorando el uso y control de los tratamientos (Pantuzza et al., 2023), y de esa manera fomentar una mejora en la salud y evitar muchas de las asistencias a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios.

Fomentar y favorecer la alfabetización en salud es básica para ayudar a la población a conocer la importancia de un buen uso de los antibióticos.

El objetivo de este estudio es la búsqueda de un acercamiento a las posibles acciones globales que se podrían realizar para evitar el abuso y mal uso de antibióticos por parte de la población.

MÉTODO

Para la realización de este artículo se ha utilizado la base de datos Scopus, utilizando los siguientes términos en la búsqueda:

- Health literacy
- Antibiotic's therapy
- Antibiotic's use.

De los 80 artículos encontrados se han utilizado 34, que cumplían con los criterios de inclusión: hablar del uso de antibióticos y de la alfabetización en salud.

Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta que hablase de medicamentos no relacionados con los antibióticos.

Las búsquedas se llevaron a cabo en junio de 2024.

RESULTADOS

Antibióticos y su uso en la población

Una de las principales causas de muerte a nivel global son las infecciones bacterianas (Yu, Han, y Quiñones, 2021).

Los antibióticos fueron descubiertos a mediados del S. XX favoreciendo desde entonces la modernización de la medicina, usándose en el tratamiento de infecciones bacterianas (Negreiros, 2023). Muchas de las enfermedades que hasta ese momento eran mortales dejaron de serlo, mejorando la calidad de vida y la esperanza vida (Barrantes, Chacón, y Arias, 2022), aunque con la aparición de las resistencias muchos de los tratamientos conseguidos perdieron su efectividad.

Esta resistencia a los antibióticos se ha convertido en uno de los problemas más importantes en la actualidad en la Salud Pública (Barrantes, Chacón, y Arias, 2022; Chacón-Jiménez y Rojas-Jiménez, 2020; Ross et al., 2020; Vitale, 2023; Wollny et al., 2023; Zubaidi, Malek, y Ismail, 2021) y se considera que si no se disminuye el ritmo de aparición de resistencias éstas causarán en 2050 aproximadamente 10 millones de muertes anuales a nivel mundial (Hermsen et al., 2020), provocando también un aumento en la morbilidad, costo sanitario y saturación de los sistemas sanitarios (Mathew et al., 2024).

Cuando un microorganismo como los hongos, virus, bacterias o parásitos modifican la manera en la que responden ante un medicamento, produciendo que este sea ineficaz, hablamos de que se hace resistente al mismo. Los niveles de resistencia están aumentando a nivel global según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dificultando el tratamiento de muchas enfermedades (Chacón-Jiménez y Rojas-Jiménez, 2020).

El uso generalizado de los antibióticos ha favorecido y acelerado el desarrollo de los genes que producen resistencias a los mismos (Li et al., 2020; Wollny et al., 2023), siendo una de las causas más importantes para la aparición de resistencias el conocimiento limitado e insuficiente sobre estos medicamentos (Akande-Sholabi y Oyesiji, 2023; Hermsen et al., 2020), que junto con un uso abusivo o dosis erróneas en su administración, favorecen que las bacterias se vuelvan resistentes a su efecto (García y Villar, 2021; Negreiros, 2023). Otras de las causas que fomentan la aparición de resistencias es el uso innecesario en muchas ocasiones de los antibióticos y la falta

de regularización en cuanto a su uso indiscriminado (Barrantes, Chacón, y Arias, 2022).

No solo su uso en el ser humano ha favorecido el aumento de resistencias, sino también su utilización en el ámbito veterinario, en la agricultura, industria y ganadería (Barrantes, Chacón, y Arias, 2022; García y Villar, 2021).

Otras de las causas que facilitan la aparición de resistencias es la posibilidad de adquirir los tratamientos antibióticos sin receta médica, compra de los mismos por internet, mala dosificación o duración del tratamiento, así como la utilización de antibióticos de baja calidad (Laytner et al., 2023; Yu, Han, y Quiñones, 2021).

Laytner et al. (2023) refieren en su estudio que entre las Comunidades Hispánicas es habitual que los pacientes se "autoreceten" tratamientos antibióticos sin receta u orientación médica. Esto contribuye a aumentar la resistencia a los antibióticos y la aparición de efectos secundarios. La baja alfabetización en salud es una de las causas principales de que esto suceda, ya que los pacientes no reconocen la necesidad de acudir a un médico, tienen bajos recursos o problemas comunicativos.

Alfabetización en salud

La alfabetización en salud es un gran desafío tanto para las prácticas de salud como para las políticas sanitarias. Se basa en las aptitudes de las personas para entender, alcanzar y usar la información sobre su salud y el sistema de salud para poder comprender información para mantener y promover una buena salud. Los planes para la alfabetización en salud se basan en la protección de la salud, prevención de la enfermedad y promoción de la salud (González, 2019).

La alfabetización en salud se define según Nolasco et al. (2021) como las habilidades cognitivas y sociales que afectan a la motivación y posibilidades de acceder, entender y emplear los conocimientos para la promoción y mantenimiento de la salud. Autores como Bonal, Leyva, y Rodríguez (2021) inciden en la necesidad de interiorizar y comprender la información sobre salud para poder llevarla a cabo.

Un nivel bajo de alfabetización en salud se relaciona con una mala salud física y mental, así como con un mayor uso de los servicios de urgencias y hospitales (Kuyinu, Femi-Adebayo, Adebayo, Abdurraheem-Salami, y Odusanya, 2020). El desconocimiento de la medicación que toman los pacientes afecta a la capacidad de autocontrol de los tratamientos pautados, especialmente en gente mayor (Badawoud et al., 2024; Pantuzza et al., 2023) favoreciendo un uso incorrecto de los mismos. Una baja alfabetización sobre medicación provoca que exista población con la creencia de que los antibióticos previenen las infecciones o que estos medicamentos sirven para tratar todos los tipos de infecciones (Akande-Sholabi y Oyesiji, 2023).

Con la alfabetización en salud sobre medicamentos se favorece la adquisición de las habilidades necesarias para tener acceso a la información sobre los medicamentos,

entender esta información y actuar de acuerdo a ella (Pantuzza et al., 2023). Qin et al. (2024) realizaron un estudio para conocer la relación entre la alfabetización sanitaria en medicamentos y el control de la Hipertensión arterial (HTA), mostrando que una buena alfabetización favorece un mejor control de la HTA, ya que facilita un buen autocontrol del tratamiento prescrito.

En las zonas con menos recursos la tasa de alfabetización en salud es baja, no se dispone de buenas instalaciones sanitarias ni de farmacéuticos en las farmacias comunitarias haciendo que la venta de antibióticos sea incontrolada, favoreciendo un mal uso de los mismos (Khan et al., 2022).

La edad, el nivel educativo y los conocimientos sobre salud y antibióticos están relacionados con la conciencia poblacional sobre las resistencias a antibióticos, por lo que la educación, alfabetización en salud e iniciativas a nivel gubernamental son necesarias para mejorar el conocimiento al respecto (Muflih, Al-Azzam, Karasneh, Conway, y Aldeyab, 2021).

Descripción de las acciones globales para la adecuada utilización en la población

En España existe el Plan Nacional Contra la Resistencia a Antibióticos (PRAN) impulsada por la Agencia Española del Medicamento (García y Villar, 2021).

El PRAN fue aprobado en el 2014 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y por la Conferencia Intersectorial de Agricultura. Los participantes en el PRAN son todas las Comunidades Autónomas, los ministerios de Sanidad, Consumo, Agricultura, Economía, Educación, Ciencia, Universidades, Interior, Defensa y Transición Ecológica; más de 70 sociedades científicas, organizaciones colegiales y profesionales, universidades y aproximadamente 300 colaboradores expertos.

El objetivo del PRAN es “reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos y, consecuentemente, reducir el impacto de este problema sobre la salud de las personas y los animales, preservando de manera sostenible la eficacia de los antibióticos existentes” (PRAN, 2024). En septiembre de 2022 fue publicado el PRAN 2022-2024, actualmente en vigor, y que tiene como líneas de acción la vigilancia del consumo y de la resistencia a los antibióticos, controlar las resistencias bacterianas, identificar e impulsar medidas alternativas y/o complementarias de prevención y tratamiento, definir las prioridades en materia de investigación, formación e investigación a los profesionales sanitarios y comunicación y sensibilización de la población en su conjunto y de subgrupos de la población.

Desde el punto de vista de la alfabetización en salud y el uso inadecuado de los tratamientos antibióticos, algunas de las acciones más importantes a llevar a cabo serían:

Educación

La OMS promueve la mejora de la concienciación sobre el uso de antibióticos gracias a intervenciones educativas que sean eficaces (Zubaidi, Malek, y Ismail, 2021). Es importante iniciar la concienciación del uso de medicamentos en general desde los eslabones iniciales de la educación. El trabajo de educación en la salud debe llevarse a cabo desde la educación infantil hasta la Universidad. La educación es precisa para poder promover un correcto uso de los tratamientos antibióticos (Akande-Sholabi y Oyesiji, 2023). En la Unión Europea una de las acciones utilizadas como estrategia para combatir la Resistencia a los antibióticos es la adecuada formación al alumnado de la ESO y Bachillerato acerca del correcto uso de los tratamientos antibioterápicos mediante la utilización de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) (Torres-García et al., 2020).

Svalestuen, Svendsen, Eggen, y Småbrekke (2022) realizaron un estudio para asociar el nivel de educación y las tasas de dispensación de antibióticos en los ayuntamientos de Noruega. Concluyeron que en los municipios con un mayor nivel educativo consiguieron rebajar las tasas de dispensación de antibióticos, por lo que defienden la importancia de adoptar estrategias centradas en abordar las desventajas de las zonas con menores recursos educativos.

Malli, Mohamud, y Al-Nasser (2023) defienden también en su trabajo la importancia y necesidad de una buena formación para los futuros médicos en los principios y bases para un buen uso de la antibioterapia.

Alfabetización en salud

Akande-Sholabi y Oyesiji (2023) realizaron un estudio para valorar el conocimiento, percepciones y causas del uso indebido de antibióticos. Llegaron a la conclusión, entre otras, de que la mayoría de la población tenía conocimientos insuficientes sobre el uso adecuado de los antibióticos. La población con una mejor alfabetización en salud es aquella con mayor formación académica (Kharaba et al., 2024), mayor capacidad económica y residentes en zonas urbanas (Henaine et al., 2021).

Son necesarias medidas que incidan en la importancia de la responsabilidad individual en la creación de resistencias a antibióticos para ayudar a concienciar a la población de la importancia de conocer el correcto uso de las terapias con antibióticos (Ancillotti et al., 2020). Para poder llevar a cabo estas medidas es precisa una mayor implicación en la alfabetización en salud desde la base sanitaria, favoreciendo el conocimiento de los tratamientos que usamos y sus consecuencias.

Zubaidi, Malek, y Ismail (2021) defienden en su trabajo que las campañas de educación en salud deben centrarse en un fomentar un cambio de actitud en lugar de dar un enfoque teórico, especialmente en la población con nivel bajo de educación.

Uso de estrategias de comunicación

Los nuevos medios de comunicación, cada vez más globales en internet, como redes sociales o podcast, deben ser utilizados para informar de manera adecuada sobre el uso de los antibióticos mediante campañas publicitarias o informativas.

La salud individual afecta a la salud de una comunidad, así como la salud comunitaria se ve influenciada por el comportamiento individual. Una buena concienciación sobre los antibióticos, así como la confianza en el sistema sanitario ayudan a una utilización juiciosa de los antibióticos (Ancillotti, Huls, Krockow, y Veldwijk, 2024).

Kuyinu, Femi-Adebayo, Adebayo, Abdurraheem-Salami, y Odusanya (2020) defienden que el ser mujer, el uso habitual de los medios de difusión y la utilización de Internet favorecen un buen nivel de alfabetización sanitaria. Estos factores deben tenerse en cuenta según los autores para planificar intervenciones en salud. Wollny et al. (2023) defienden que las diferentes campañas de comunicación y educación consiguieron rebajar las prescripciones de tratamientos antibióticos.

Información sanitaria

En ocasiones la mala calidad de los prospectos informativos que acompañan a los antibióticos prescritos favorecen la mala adherencia de los pacientes a los tratamientos, por la mala comprensión del mismo (Tang, Millar, y Moore, 2023), por lo que sería importante que la información en los diferentes productos sanitarios fuese clara y concisa, favoreciendo su comprensión a toda la población, con lenguaje llano y asequible. Además, Monnier et al. (2023) indican en su trabajo que la diferente presentación así como los diferentes nombres comerciales de los antibióticos orales puede afectar a la comprensión de los pacientes al respecto de los mismos. Por otro lado, una mejor identificación de los antibióticos tanto en su nomenclatura como en una presentación más uniforme puede ayudar en la concienciación sobre estos medicamentos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Es preciso favorecer una mejora del conocimiento de los pacientes sobre los tratamientos antibióticos y su uso, así como el manejo de su propia salud, mejorando la alfabetización en salud. Para ello se considera que se deben programar e implementar programas para la población general, haciendo especial hincapié en las comunidades más desfavorecidas en recursos y educación, y que se basen en los puntos antes reflejados, como educación, alfabetización en salud, uso de estrategias de comunicación e información sanitaria.

REFERENCIAS

- Akande-Sholabi, W. y Oyesiji, E. (2023). Antimicrobial stewardship: Knowledge, perceptions, and factors associated with antibiotics misuse among consumers visiting the community pharmacies in a Nigeria Southwestern State. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 16(1), 120. doi: 10.1186/s40545-023-00629-x
- Ancillotti, M., Eriksson, S., Andersson, D.I., Godskesen, T., Nihlén, J., y Veldwijk, J. (2020). Preferences regarding antibiotic treatment and the role of antibiotic resistance: A discrete choice experiment. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 56(6), 106198. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106198
- Ancillotti, M., Huls, S.P.I., Krockow, E.M., y Veldwijk, J. (2024). Prosocial behaviour and antibiotic resistance: Evidence from a discrete choice experiment. *Patient*, 17(2), 191–202. doi: 10.1007/s40271-023-00666-3
- Badawoud, A.M., Salgado, T.M., Lu, J., Peron, E.P., Parsons, P., y Slattum, P.W. (2024). Medication self-management capacity among older adults living in low-income housing communities. *Journal of the American Pharmacists Association*, 64(1), 88–95. doi: 10.1016/j.japh.2023.10.026
- Barrantes, K., Chacón, L., y Arias, M. (2022). El impacto de la resistencia a los antibióticos en el desarrollo sostenible. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 305–329.
- Bonal, R., Leyva, R., y Rodríguez, A.H. (2021). Alfabetización en salud y estrategias de cambio conductual para el enfrentamiento a la COVID-19. *MEDISAN*, 25(3), 797–811.
- Chacón-Jiménez, L. y Rojas-Jiménez, K. (2020). Resistencia a desinfectantes y su relación con la resistencia a los antibióticos. *Acta Médica Costarricense*, 62(1), 7–12.
- García, P.R. y Villar, F.A. (2021). Evaluación de la calidad de la prescripción de antibióticos en un sistema regional de salud. *Revista Clínica Española*, 221(9), 497–508. doi: 10.1016/j.rce.2020.04.015
- González, M.J. (2019). Competencias para el autocuidado de la salud. En L.J. Belmonte, J.J. Gázquez, M.M. Simón, J.G. Soriano, N.F. Oropesa, Á. Martos, y A.B. Barragán (Coords.), *Innovación docente e investigación en Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas* (pp. 781–790). Dykinson.
- Henaine, A.M., Lahoud, N., Abdo, R., Shdeed, R., Safwan, J., Akel, M., ... y Salameh, P. (2021). Knowledge of antibiotics use among Lebanese adults: A study on the influence of sociodemographic characteristics. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 21(3), 442–449. doi: 10.18295/squmj.4.2021.006
- Hermesen, E.D., MacGeorge, E.L., Andresen, M.L., Myers, L.M., Lillis, C.J., y Rosof, B.M. (2020). Decreasing the peril of antimicrobial resistance through enhanced health literacy in outpatient settings: An underrecognized approach to advance antimicrobial stewardship. *Advances in Therapy*, 37(2), 918–932. doi: 10.1007/s12325-019-01203-1
- Khan, F.U., Mallhi, T.H., Khan, F.U., Hayat, K., Rehman, A., Shah, S., ... y Fang, Y. (2022). Evaluation of consumers' perspective on the consumption of antibiotics, antibiotic resistance, and recommendations to improve the rational use of antibiotics: An exploratory qualitative study from a post-conflicted region of Pakistan. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 881243. doi: 10.3389/fphar.2022.881243

Kharaba, Z., Al-Azzam, S., Altawalbeh, S.M., Alkwarit, A., Salmeh, N.A., Alfoteih, Y., ... y Aldeyab, M.A. (2024). Health literacy, knowledge, household disposal, and misuse practices of antibiotics among UAE residents: A nationwide cross-sectional study. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 22(1–3), 103–113. doi: 10.1080/14787210.2023.2284878

Kuyinu, Y.A., Femi-Adebayo, T.T., Adebayo, B.I., Abdurraheem-Salami, I., y Odusanya, O.O. (2020). Health literacy: Prevalence and determinants in Lagos State, Nigeria. *PLOS ONE*, 15(8), e0237813. doi: 10.1371/journal.pone.0237813

Laytner, L., Chen, P., Nash, S., Paasche-Orlow, M.K., Street, R., Zooro, R., ... y Grigoryan, L. (2023). Perspectives on non-prescription antibiotic use among Hispanic patients in the Houston Metroplex. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(3), 390–404. doi: 10.3122/jabfm.2022.220416R1

Laytner, L., Olmeda, K., Salinas, J., Alquicira, O., Nash, S., Zoorob, R., ... y Grigoryan, L. (2023). Acculturation and subjective norms impact non-prescription antibiotic use among Hispanic patients in the United States. *Antibiotics*, 12(9), 1419. doi: 10.3390/antibiotics12091419

Li, S., Liu, Y., Ge, R., Yang, S., Zhai, Y., Hua, T., ... y Li, F. (2020). Microbial electro-Fenton: A promising system for antibiotics resistance genes degradation and energy generation. *Science of the Total Environment*, 699. doi: 10.1016/j.scitotenv.2019.134160

Malli, I.A., Mohamud, M.S., y Al-Nasser, S. (2023). Enhancing medical students' confidence and knowledge in antibiotic prescription and administration through virtual education: A quasi-experimental study. *Antibiotics*, 12(10), Art. No. 154. doi: 10.3390/antibiotics12101546

Mathew, P., Chandy, S.J., Sivaraman, S., Ranjalkar, J., Ali, H.M., y Thomas, S.A. (2024). Formulating a community-centric indicator framework to quantify One Health drivers of antibiotic resistance: A preliminary step towards fostering 'antibiotic-smart communities'. *Antibiotics*, 13(1), 63. doi: 10.3390/antibiotics13010063

Monnier, A.A., Do, N.T.T., Asante, K.P., Afari-Asiedu, S., Khan, W.A., Munguambe, K., ... y Wafawanaka, F. (2023). Is this pill an antibiotic or a painkiller? Improving the identification of oral antibiotics for better use. *The Lancet Global Health*, 11(8), e1308–e1313. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00258-9

Muflih, S.M., Al-Azzam, S., Karasneh, R.A., Conway, B.R., y Aldeyab, M.A. (2021). Public health literacy, knowledge, and awareness regarding antibiotic use and antimicrobial resistance during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Antibiotics*, 10(9), 1107. doi: 10.3390/antibiotics10091107

Negreiros, F.M. (2023). Nivel de conocimiento sobre automedicación con antibióticos en pobladores de la Urbanización San Isidro, Trujillo. Octubre-Diciembre 2023.

Nolasco, A., Barona, C., Tamayo-Fonseca, N., Irlles, M.Á., Más, R., Tuells, J., y Pereyra-Zamora, P. (2021). Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gaceta Sanitaria*, 34, 399–402.

Pantuzza, L.L.N., do Nascimento, E., Botelho, S.F., da Rocha, A.L.P., Martins, M.A.P., do Nascimento, M.M.G., ... y Reis, A.M.M. (2023). Development and content validation of the medication literacy test for older adults (TELUMI). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 112, 105027. doi: 10.1016/j.archger.2023.105027

Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Recuperado de <https://resistenciaantibioticos.es> (Consultada el 21/06/2024).

Qin, N., Yao, Z., Shi, S., Duan, Y., Li, X., Liu, H., ... y Zhong, Z. (2024). Association between medication literacy and blood pressure control among hypertensive patients. *International Journal of Nursing Practice*, 30(2), e13153. doi: 10.1111/ijn.13153

Ross, J., Larco, D., Colon, O., Coalson, J., Gaus, D., Taylor, K., y Lee, S. (2020). Evolución de la resistencia a los antibióticos en una zona rural de Ecuador. *Práctica Familiar Rural*, 5(1), 10.

Svalesstuen, S., Svendsen, K., Eggen, A.E., y Småbrekke, L. (2022). Association of area-level education with the regional growth trajectories of rates of antibacterial dispensing to patients under 3 years in Norway: A longitudinal retrospective study. *BMJ Open*, 12(9), e058491. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058491

Tang, K.W.K., Millar, B.C., y Moore, J.E. (2023). Improving health literacy of antibiotic use in people with cystic fibrosis (CF)-comparison of the readability of patient information leaflets (PILs) from the EU, USA and UK of 23 CF-related antibiotics used in the treatment of CF respiratory infections. *JAC-Antimicrobial Resistance*, 5(6), dlad129. doi: 10.1093/jacamr/dlad129

Torres-García, M., González-Martín, M., Martín, J.L., Mendoza, V., Marrero, M.I., y Tejedor, M.T. (2020). Propuesta de recursos didácticos para el aprendizaje sobre el uso apropiado de antibióticos en la Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato. En *VII Jornadas Iberoamericanas de Innovación Educativa en el Ámbito de las TIC y las TAC* (pp. 49–56). Las Palmas de Gran Canaria.

Vitale, M. (2023). Antibiotic resistance: Do we need only cutting-edge methods, or can new visions such as One Health be more useful for learning from nature? *Antibiotics*, 12(12), 1694. doi: 10.3390/antibiotics12121694

Wollny, A., Altiner, A., Garbe, K., Klingenberg, A., Kaufmann-Kolle, P., Köppen, M., ... y Feldmeier, G. (2023). Acute respiratory tract infections and antibiotic prescriptions: What are patients' expectations?

Yu, H., Han, X., y Quiñones, D. (2021). La humanidad enfrenta un desastre: la resistencia antimicrobiana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3).

Zubaidi, Z.S.A., Malek, K.A., y Ismail, Z. (2021). Factors associated with inappropriate attitude towards antibiotic usage among outpatients of a public primary care specialist clinic: A cross-sectional study. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 17(1), 153–162.

CAPÍTULO 7

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS LABORAL

LUCÍA MORALES-SÁNCHEZ Y PAULA RUIZ-GONZÁLEZ
Universidad de Cádiz

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el estrés laboral es considerado uno de los riesgos psicosociales más frecuentes, generando una preocupación a nivel internacional debido a las consecuencias nocivas que éste presenta sobre la salud mental y física de las personas trabajadoras (Condori y Cari, 2022; Moreno y Báez, 2010). Además, según un informe elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST en adelante), un alto porcentaje de trabajadores en España considera que está expuesto a algún factor de riesgo para su salud mental, considerándose el estrés, la depresión y la ansiedad los problemas más frecuentes. Es por ello que el estrés laboral se considera, tras los trastornos musculoesqueléticos, el segundo problema de salud con más frecuencia entre personas trabajadoras, lo que ha provocado un aumento de la preocupación y sensibilización sobre la necesidad de actuar frente a esta problemática (INSST, 2022, 2024).

El estrés laboral puede definirse como la respuesta, tanto física como emocional, a un desequilibrio entre las exigencias percibidas del individuo y sus capacidades a la hora de hacer frente a dichas exigencias en el ámbito laboral (INSST, 2024). Experimentar este riesgo psicosocial puede tener consecuencias físicas, mentales y sociales en los individuos. Entre los efectos perjudiciales que puede tener sobre el malestar psicológico, las personas pueden experimentar agotamiento emocional, alteración del estado de ánimo, problemas de sueño, falta de concentración, depresión, ansiedad, e ideación suicida. Por otra parte, a nivel físico, el estrés laboral puede provocar fatiga crónica, dolores de cabeza, aumento de la presión arterial, mayor tendencia a una alimentación desordenada, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, y dolores musculoesqueléticos (Mosadeghrad, 2014).

Son diversos los estudios que analizan este riesgo psicosocial en diferentes ámbitos profesionales (Augusto-Landa, López-Zafra, Martos, y Aguilar-Luzón, 2008; Condori y Cari, 2022; Joseph y Monday, 2024; Sigcha y Gómez, 2022). Además, diversas investigaciones defienden cómo los recursos personales, psicológicos y sociales de los individuos pueden influir en las respuestas frente al estrés, ya sean de forma directa o indirecta (Esteban, 2014; Puigbó, Edo, Rovira, Limonero, y Fernández-Castro, 2019). Así, entre los recursos personales, encontramos la Inteligencia

Emocional (IE en adelante), entendida como la capacidad para: 1) percibir, valorar y expresar la emoción adecuadamente y de forma adaptativa; 2) comprender las emociones, así como el conocimiento emocional y afectivo; 3) acceder y/o generar sentimientos para facilitar el pensamiento y la acción adaptativa; y 4) regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997). Asimismo, la Inteligencia Emocional Percibida (IEP), podemos definirla como la percepción que el sujeto posee de sus propias habilidades emocionales. Es decir, la capacidad que cree poseer a la hora de atender, distinguir y regular sus propias emociones (Salovey et al., 2002).

De acuerdo con Fernández-Berrocal y Extremera (2006), el estudio de la IE puede aplicarse a diferentes contextos, entre ellos el ámbito laboral. En este sentido, ya Mayer y Salovey en 1997 destacaron la importancia de tener en cuenta la IE en el ámbito organizacional, ya que ésta se relaciona con variables tan importantes en este contexto como el estrés, la satisfacción y la eficiencia de los/as trabajadores/as (Mayer y Salovey, 1997). En este sentido, en el estudio desarrollado por Singh y Chaturvedi (2023) se encontró una relación negativa entre la IE y el estrés laboral, siendo ésta una variable que modera la relación entre el estrés ocupacional y la satisfacción laboral. También existen evidencias de que aquellos trabajadores que mejor identifican las emociones y la información derivada de ellas, experimentan una mejor adaptación al estrés laboral. En esta línea, la literatura científica establece que la IE puede ser un factor protector frente al estrés en el trabajo, pues este recurso personal genera una mayor resistencia por parte del trabajador frente a estas situaciones estresantes (Azman, Yao, Yeo, Lai-Kuan, y Soon-Yew, 2010; Fernández y Extremera, 2006; Gabel-Shemueli, Rondan, Lozano, y Huarcaya, 2012; Veluchamy, Choudhury, Dixit, y Jha, 2021). Además, se ha constatado que mayores niveles de IE se relacionan con una mayor productividad, así como con mejores niveles de bienestar psicológico en personas trabajadoras (Aghdasi, Kiamanesh, y Ebrahim, 2011; Joseph y Monday, 2024; Rivai, Masdupi, y Syahrizal, 2019).

Por otra parte, se establece que la claridad y la reparación emocional pueden tener un efecto beneficioso sobre el bienestar personal y laboral de los individuos, así como consolidarse como factores protectores frente al estrés y facilitadores de la salud (Augusto-Landa et al., 2008; Esteban, 2014; Mayer y Salovey, 1997). En este sentido, se ha encontrado que una correcta regulación de las emociones ayuda a los/as trabajadores/as a realizar sus tareas cuando se encuentran bajo presión y a ver reducido su agotamiento (Megías, Magallón, y Bresó, 2011). También existen evidencias de que el modo en que los trabajadores que mejor identifican las emociones y la información derivada de ellas, experimentan una mejor adaptación al estrés laboral. En este sentido, diversos estudios confirman que aquellas personas trabajadoras que presentan mayores niveles de claridad emocional muestran menor

estrés laboral y ansiedad en el trabajo (Augusto-Landa et al., 2008; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, y Gómez-Benito, 2004; Mesa, 2019). Del mismo modo, altos niveles de reparación emocional estuvieron relacionados con menores niveles de estrés (Augusto-Landa et al., 2008; Limonero et al., 2004; Megías et al., 2011). Por otra parte, también se encontró que quienes puntúan niveles más altos en atención emocional, muestran niveles más altos de estrés en el trabajo (Augusto-Landa et al., 2008). Estos resultados van en la línea con aquellos estudios que demuestran cómo la claridad y reparación emocional pueden consolidarse como factores protectores de la salud y calidad de vida de las personas, mientras que la atención emocional tiene un rol controvertido, pues en ocasiones se ha encontrado su relación con resultados negativos en salud (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006).

Debido a la notable presencia de este riesgo psicosocial en nuestra sociedad actual, así como por las consecuencias de éste sobre la salud de las personas que se encuentran expuestas al mismo, se hace indispensable conocer la forma en que la IE se relaciona con el estrés laboral, con la finalidad de obtener información que nos permita diseñar intervenciones y estrategias dirigidas a mejorar la salud psicológica de las personas que se encuentran trabajando. Por ello, con el presente trabajo nos proponemos conocer la relación existente entre el estrés laboral y la IE percibida en una muestra de personas trabajadoras. A continuación, se muestran las hipótesis y los objetivos específicos del presente trabajo.

Hipótesis

- 1) Las personas trabajadoras participantes del estudio mostrarán niveles elevados de estrés en, al menos, una de sus dimensiones.
- 2) El estrés laboral presentará relación con la IEP en la muestra de estudio.
- 3) Mayores niveles de claridad y reparación emocional se relacionarán con menores niveles de estrés en el trabajo.

Objetivos

Teniendo en cuenta las hipótesis anteriormente comentadas, el presente estudio se plantea como objetivo general conocer la relación existente entre el estrés laboral y la IEP en una muestra de personas trabajadoras. De forma más específica, se pretende:

- 1) Analizar los niveles de estrés laboral e IEP en la muestra de estudio.
- 2) Estudiar la relación existente entre la IEP y el estrés laboral de las personas participantes.

MÉTODO

Participantes

Las personas participantes del estudio fueron 150 personas trabajadoras de la provincia de Cádiz, con edades comprendidas entre los 21 y los 64 años ($M = 45,09$; $DT = 1,11$). De la muestra de estudio, 110 son mujeres (73,5%), y 40 son hombres (26%), mientras que un 0,5% de los encuestados ha preferido no especificar su sexo.

Para seleccionar los/as participantes, se establecieron como criterios de inclusión 1) estar trabajando, ya sea por cuenta propia o por cuenta ajena en el momento de haber sido encuestado, y 2) tener más de 18 años. Por otra parte, no podían formar parte de la investigación personas que estuvieran desempleadas en el momento de responder a la encuesta. La participación en este estudio fue voluntaria, garantizándose la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

Instrumentos

Para medir el Estrés Laboral, se utilizó la Escala Laboral de Estrés (ELE), elaborada por Fernández (1995) y adaptada por León-Rubio, Marañón, y Ledesma (2004). Ésta permite evaluar aspectos potencialmente estresantes relacionados con la actividad laboral. Se trata de una escala tipo Likert compuesta por 49 ítems con siete opciones de repuesta, desde 1 (Totalmente falso) hasta 7 (Totalmente cierto), de los cuales se obtiene información de seis factores (León-Rubio y Avargues, 2007):

Sobrecarga

Se interpreta como tener mucho que hacer, así como a la falta de tiempo para realizar el trabajo que se tiene asignado. Está compuesto por los ítems 3, 8, 13, 18 (invertido), 19, 23, 33, 34, 42, 43, y 49.

Conflicto de rol

Entendido como aquellas demandas conflictivas o contradictorias en el trabajo, así como a la realización de tareas de modo contrario a los criterios y deseos propios. Lo componen los ítems 2, 7, 12, 17, 21, 27, 31, 32, 35, 36, 37, 38, y 45.

Superespecialización

Es decir, la creencia personal de que se posee una capacitación superior a la exigida por las tareas a realizar en el trabajo. Este factor lo componen los ítems 5, 15, 16, 25, 44 y 46 (invertido).

Incompetencia

Referida al sentimiento de incapacidad para desarrollar de forma exitosa las actividades propias del puesto. Formado por los ítems 4, 9, 10 (invertido), 14, 20 (invertido), 24, 30 (invertido), 39, 47 y 48 (invertido).

Ambigüedad de rol

Que se refiere a la información inadecuada o falta de información que se dispone sobre el rol a desempeñar, así como sobre los objetivos, las expectativas y responsabilidades asociadas al mismo. Lo componen los ítems 1, 6, 11, 26 (invertido), 29, 40 (invertido) y 41.

Falta de Recursos

Entendida como la falta de materiales técnicos para realizar con eficacia las tareas relativas al puesto de trabajo que se desempeña. Está formado por los ítems 22 y 28.

Con la finalidad de obtener las puntuaciones de las dimensiones de la escala, deben sumarse las respuestas de cada uno de los ítems que componen dichos factores. En este sentido, es importante tener en cuenta que la puntuación obtenida en los ítems 10, 18, 20, 26, 30, 40, 46 y 48 debe invertirse. Posteriormente, se obtiene la puntuación promedio de cada uno de los factores, calculándose la puntuación total del factor, dividida entre el número de ítems que lo componen. Si la puntuación promedio obtenida de cualquiera de los factores es superior a 4, se puede determinar que la persona evaluada está sometida a condiciones de estrés laboral como consecuencia de la exposición a dicho factor. El Alpha de Cronbach (α) obtenido para cada una de las escalas se encuentra en la Tabla 2.

Por otra parte, con la finalidad de evaluar la Inteligencia Emocional Percibida, se utilizó el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), originalmente desarrollado por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai (1995), y adaptada y traducida al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos (2004). Es una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango de respuestas que va de la opción 1 (Nada de acuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo). Este instrumento consta de 24 ítems a través de los cuales obtenemos información acerca de tres dimensiones:

- 1) Atención emocional, compuesta por los ítems del 1 al 8, entendida como la capacidad percibida de atender a los sentimientos de forma adecuada.
- 2) Claridad emocional, formada por los ítems del 9 al 16, se refiere a la percepción de los propios individuos en relación a su capacidad para comprender y distinguir las distintas emociones y el lenguaje emocional.

3) Reparación emocional, compuesta por los ítems del 17 al 24, es referido a la capacidad autopercibida de las personas a la hora de regular de forma adecuada sus emociones y sentimientos.

Para obtener las puntuaciones de cada dimensión, debe realizarse la suma de las respuestas obtenidas en cada uno de los ítems que componen cada subescala. La Tabla 1 refleja el baremo establecido para interpretar los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones, tanto para hombres como para mujeres.

Tabla 1. Baremo de interpretación de las puntuaciones de IEP para hombres y mujeres

	mujeres	
	Hombres	Mujeres
Atención emocional	Escasa: <21	Escasa: <24
	Adecuada: 22 a 33	Adecuada: 25 a 35
	Alta: >33	Alta: >36
Claridad emocional	Escasa: <25	Escasa: <25
	Adecuada: 26 a 35	Adecuada: 26 a 35
	Excelente: >36	Excelente: >35
Reparación emocional	Escasa: <23	Escasa: <23
	Adecuada: 24 a 35	Adecuada: 24 a 34
	Excelente: >36	Excelente: >35

Notas: < menor que; > mayor que

Por otra parte, el Alpha de Cronbach (α) obtenido para cada una de las dimensiones para la muestra total del estudio se encuentra en la Tabla 3.

Procedimiento

Para alcanzar la muestra de estudio, se utilizó la técnica bola de nieve. En primer lugar, se suministró un cuestionario electrónico a través de Google Forms a trabajadores del entorno próximo, pudiendo éstos difundir el enlace a otras personas que pudieran estar interesadas en cumplimentarlo. Para poder participar en el estudio sólo fue necesario disponer de dispositivo electrónico y conexión a internet.

De forma previa a la cumplimentación del cuestionario, se informa a los participantes en qué consiste el estudio, el objetivo del mismo, así como el tratamiento confidencial de datos. La investigación cumple con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

Análisis de datos

Mediante la información que fue proporcionada por el cuestionario, se elaboró una base de datos utilizando el programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS) (versión 28, IBM; Chicago, IL), versión traducida al castellano, para así llevar a cabo los correspondientes análisis estadísticos.

En primer lugar, se analizó el Alfa de Cronbach de cada una de las escalas y sus respectivas dimensiones a través del análisis de fiabilidad. Por otra parte, se llevaron a cabo los análisis descriptivos a través del uso de la media aritmética y la desviación típica para cada una de las variables del estudio. Por último, se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada para comprobar la relación entre las variables estudiadas.

RESULTADOS

En relación al primer objetivo, “analizar los niveles de estrés laboral e IEP en la muestra de estudio”, la Tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos sobre los resultados obtenidos en la Escala de Estrés Laboral. En este sentido, se encontró que los participantes del estudio refirieron altos niveles de estrés en las dimensiones Sobrecarga, Conflicto de rol y Falta de recursos. No obstante, se encontró que la muestra también mostraban niveles de estrés medio-altos en las dimensiones Superespecialización y Ambigüedad de rol, aunque las puntuaciones determinen que éstos no se exponen a situaciones potencialmente estresantes en los aspectos referidos a dichas dimensiones.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos relativos a las dimensiones del Estrés Laboral para la muestra del estudio

Estrés Laboral (dimensiones)	N	α	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DT</i>
Sobrecarga	150	0.92	1.45	7.00	4.63	1.24
Conflicto de rol	150	0.90	1.85	6.46	4.20	1.05
Superespecialización	150	0.70	1.17	6.17	3.55	1.20
Incompetencia	150	0.75	1.20	5.00	2.84	0.84
Ambigüedad de rol	150	0.76	1.14	6.00	3.43	1.03
Falta de recursos	150	0.72	1.00	7.00	4.34	1.58

Notas. N = Muestra; α = Alfa de Cronbach; *M* = Media; *DT* = Desviación típica

Por tanto, se podría indicar que las personas que participan en el estudio están sometidas a condiciones de estrés laboral como consecuencia de la exposición a los tres factores anteriormente mencionados: sobrecarga, conflicto de rol, y falta de recursos.

Por otra parte, en relación a los niveles de IEP, como se puede observar en la Tabla 3, tanto los hombres como las mujeres que componen la muestra de estudio presentan niveles adecuados en sus tres dimensiones: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos relativos a las dimensiones de la IEP diferenciados por sexo

	α	Hombres				Mujeres			
		Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DT</i>
AE	0.88	9.00	40.00	24.25	7.69	12.00	39.00	25.13	6.13
CE	0.92	14.00	40.00	25.12	6.00	13.00	40.00	25.86	6.77
RE	0.89	15.00	38.00	25.66	5.75	12.00	40.00	26.47	6.47

Notas. AE = Atención Emocional; CE = Claridad Emocional; RE = Reparación Emocional; N = Muestra; *M* = Media; *DT* = Desviación típica; Mín = Mínimo; Máx = Máximo

Atendiendo a nuestro segundo objetivo planteado "estudiar la relación existente entre la IEP y el estrés laboral de las personas participantes", la Tabla 3 muestra las correlaciones establecidas entre ambas variables, encontrándose que algunas dimensiones del estrés laboral y las tres dimensiones de la IEP (atención emocional, claridad emocional y reparación emocional) muestran relaciones significativas. Concretamente, se encontró una asociación positiva entre la atención emocional y el Conflicto de rol ($r = .188$; $p < .05$), así como una asociación negativa entre la claridad emocional y la Incompetencia ($r = -.215$; $p < .05$). Además, se encontró que la reparación emocional mantiene una relación negativa con la Incompetencia ($r = -.221$; $p < .05$), así como positiva con la Falta de recursos ($r = .170$; $p < .05$).

Tabla 4. Relaciones entre las dimensiones de la IEP y las dimensiones del estrés laboral en la muestra de estudio

	AE	CE	RE
Sobrecarga	.037	.001	.055
Conflicto de rol	.188*	-.026	-.034
Superespecialización	.096	-.074	-.046
Incompetencia	.105	-.215**	-.221**
Ambigüedad de rol	.099	-.086	-.108
Falta de recursos	.061	.003	.170*

Notas: N = Muestra; AE = Atención Emocional, CE = Claridad Emocional, RE = Reparación Emocional. ** $p < .01$; * $p < .05$. *earch*, 1, 225-234.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El estrés laboral es considerado un problema que preocupa tanto a nivel internacional como nacional debido al impacto negativo que ejerce sobre la salud mental y física de los/as trabajadores/as, así como por ser uno de los problemas psicosociales más frecuentes en la actualidad (Cano, 2015; Condori y Cari, 2022; Moreno y Báez, 2010). Se ha demostrado que, en España, el estrés derivado del trabajo es el segundo problema de salud en personas trabajadoras (INSST, 2022; 2024), por lo que se requiere intervenir sobre esta problemática y conocer los factores que pueden estar relacionados con el mismo para prevenirla. Concretamente, en este

estudio se pretende conocer la relación existente entre el estrés laboral y las distintas dimensiones de la IEP (atención, claridad y reparación emocional).

En primer lugar, los resultados confirman la primera hipótesis del estudio “Las personas trabajadoras participantes del estudio mostrarán niveles elevados de estrés en, al menos, una de sus dimensiones”. En este sentido, se ha encontrado que la muestra de estudio se encuentra expuesta a situaciones de estrés laboral, puesto que éstos obtienen puntuaciones altas en tres de las dimensiones del cuestionario (sobrecarga, conflicto de rol y falta de recursos). Estos datos van en línea con aquellas investigaciones que indican que el estrés laboral es una problemática muy presente en nuestra sociedad actual, de la cual debe haber una mayor sensibilización e intervención por el efecto negativo que presenta sobre la salud de las personas trabajadoras, pero también en las organizaciones y en la sociedad (Condori y Cari, 2022; INSST, 2022; 2024; Moreno y Báez, 2010; Mosadeghrad, 2014).

Por otra parte, se encontró que altos o excesivos niveles de atención emocional se asociaron a mayor conflicto de rol, al mismo tiempo que altos niveles de claridad emocional se relacionan con menor sentimiento de incompetencia. En relación a la regulación emocional, una adecuada o alta capacidad percibida a la hora de regular las emociones y sentimientos se asocian con menores niveles de incompetencia y mayor sensación de falta de recursos. Por tanto, estos resultados coinciden con aquellas investigaciones que establecen que mayor atención emocional en los individuos puede estar relacionado con mayores niveles de estrés laboral, mientras que la claridad y la reparación emocional puede servir como factor protector frente a la experimentación de estrés en el trabajo (Augusto-Landa et al., 2008; Limonero et al., 2004; Mesa, 2019). Igualmente, estos resultados ponen de manifiesto el papel controvertido de la atención emocional, ya que tanto un exceso como un defecto de la capacidad de atender a las emociones se ha encontrado relacionada con resultados negativos en la salud psicológica de los individuos (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006).

Por tanto, podríamos confirmar también las hipótesis 2 “El estrés laboral presentará relación con la IEP en la muestra de estudio”. No obstante, la hipótesis 3 “Mayores niveles de claridad y reparación emocional se relacionarán con menores niveles de estrés en el trabajo” se confirma parcialmente, pues, aunque una mayor regulación emocional se relaciona con menores niveles de incompetencia, en el presente estudio también se asocia a mayores niveles de falta de recursos.

No obstante, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, la investigación sobre la IE en el ámbito laboral es fundamental ya que puede estar relacionada con una menor experimentación de estrés, así como una mayor eficiencia y satisfacción en el trabajo, como ya se indicaba en estudios previos (Augusto-Landa et al., 2008; Fernández-Berrocal y Extremera, 2006; Mayer y Salovey, 1997).

Por ello, se hace necesario que las organizaciones, empresas e instituciones promuevan el desarrollo de las competencias emocionales de sus trabajadores/as. De acuerdo con Singh y Chaturvedi (2023), a través de programas de formación, talleres y seminarios se puede ayudar a los empleados a mejorar sus habilidades emocionales, reduciendo así sus niveles de estrés laboral y mejorando en definitiva su salud y calidad de vida. No obstante, es importante atender a la relación que establece cada una de las dimensiones de la IEP con este riesgo psicosocial, de cara a desarrollar estrategias e intervenciones dirigidas a la prevención o reducción del estrés en personas trabajadoras de una forma adecuada y exitosa.

REFERENCIAS

Aghdasi, S., Kiamanesh, A. R., y Ebrahim, A. N. (2011). Emotional Intelligence and Organizational Commitment: Testing the Mediatory Role of Occupational Stress and Job Satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29,1965–1976.

Augusto-Landa, J. M. A., López-Zafra, E., Martos, M. P. B., y Aguilar-Luzon, M. C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 888–901. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005

Azman, I., Yao, A., Yeo, E., Lai-Kuan, K., y Soon-Yew, J. (2010). Occupational Stress Features, Emotional Intelligence and Job Satisfaction: An Empirical Study in Private Institutions of Higher Learning. *Revista Negotium*, 16(5), 5–33.

Condori, V. H., y Cari, D. Y. (2022). La inteligencia emocional y el estrés laboral en docentes universitarios. *Revista Conrado*, 18(1), 139–146.

Esteban, B. (2014). Una aproximación a la influencia de la inteligencia emocional percibida en su relación con los niveles de burnout y engagement en el desempeño del trabajador social. *Azarbe. Revista Internacional del Trabajo Social y Bienestar*, 3, 123–131.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. doi: 10.2466/pr0.94.3.751-755

Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2–3), 139–153.

Fernández-Ríos, M. (1995). *Escala Laboral de Estrés (ELE)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Gabel-Shemueli, R., Rondan, V. P., Lozano, R. A. P., y Huarcaya, G. A. (2012). Estrés laboral: relaciones con inteligencia emocional, factores demográficos y ocupacionales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 17(58), 271–290.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2022). *Problemas o efectos adversos para la salud y el bienestar relacionados con el trabajo: análisis a partir de los datos del módulo especial de la EPA 2022 “Accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo”*. Madrid: INSST.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2024). *Estrés laboral*. Recuperado de <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>

Joseph, O. N., y Monday, O. (2024). Emotional Intelligence and Stress as Predictors of Psychological Wellbeing Among Employees in Enugu Metropolis. *Escet Journal of Educational Research and Policy Studies*, 4(1), 109–118.

León-Rubio, J. M., Marañón, J., y Ledesma, J. (2004). *Evaluación del estrés laboral en la Universidad de Sevilla*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

León-Rubio, J. M., y Avargues Navarro, M. L. (2007). Evaluación del estrés laboral del personal universitario. *Revista MAPFRE Medicina*, 18(4), 323–332.

Limonero, T. L., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29–41.

Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications* (pp. 3–34). Basic Books.

Megías, M. J., Magallón, A., y Bresó, E. (2011). ¿Puede la inteligencia emocional predecir el bienestar en los equipos de trabajo? *Fórum de Recerca*, 16, 713–722.

Mesa, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *ENE, Revista de Enfermería*, 13(3), 1–26.

Moreno, B., y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Mosadeghrad, A. M. (2014). Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. *Emerald Insight*, 27(3), 224–239.

Puigbó, J., Edo, S., Rovira, T., Limonero, J. T., y Fernández-Castro, J. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 1–6. doi: 10.1016/j.anyes.2019.01.003

Rivai, N., Masdupi, E., y Syahrizal, S. (2019). Effect of emotional intelligence, work environment, and work stress on work productivity. *Advances in Economics, Business and Management Research (AEBMR)*, 64, 502–510.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125–154). American Psychological Association. doi: 10.1037/10182-006

Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17(5), 611–627.

Sigcha, L. G. P., y Gómez, G. D. G. (2022). El estrés y su relación con la inteligencia emocional en docentes universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 1357–1372.

Singh, S., y Chaturvedi, S. (2023). Emotional Intelligence, Occupational Stress, and Job Satisfaction at the Workplace. En *Handbook of Research on Dissecting and Dismantling Occupational Stress in Modern Organizations* (pp. 216–236). IGI Global.

Veluchamy, D. R., Choudhury, S., Dixit, S., y Jha, S. (2021). Impact of Emotional Intelligence and Work-Life Integration on Job Stress. *An Anthology of Multi-functional Perspectives in Business and Management Research*, 1, 225–234.

CAPÍTULO 8

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LAS CONDUCTAS SEXUALES Y LA CALIDAD DE VIDA EN PAREJA DE HOMBRES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

MARINA ALBA CABELLO GARCÍA*, DANA AHITUV GEZ**, Y GIANLUIGI MOSCATO*
**Universidad de Málaga; **Freelance*

INTRODUCCIÓN

Definición y criterios diagnósticos de la disfunción eréctil

El término "disfunción eréctil" es ampliamente utilizado para describir la dificultad para lograr o mantener una erección, tal como aparece en la CIE-10 (Anderson et al., 2022; OMS, 1992). Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2024) la característica distintiva del este trastorno es la notable dificultad para alcanzar o mantener una erección adecuada o una reducción significativa en la rigidez durante la erección, que ocurre en la mayoría de los encuentros sexuales. Los síntomas pueden limitarse a ciertos contextos, tipos de estímulo o parejas, o ser generalizados, manifestándose en diversas situaciones y con diferentes estímulos o parejas y la disfunción persiste por un mínimo de seis meses generando malestar en la persona afectada.

En el DSM-5 los criterios para el diagnóstico del trastorno de la erección de etiología psicógena se establecen de la siguiente manera:

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Disfunción eréctil e impacto en la relación de pareja

La disfunción eréctil tiene un impacto significativo en la relación de pareja, generando no solo dificultades en los contactos sexuales, sino también afectando las dinámicas emocionales y de comunicación entre ambos miembros.

Diversos trabajos han estudiado estos efectos psicológicos y relacionales de la disfunción eréctil, proporcionando una comprensión integral de cómo esta condición influye en ambos integrantes de la pareja. Sin embargo, no se han realizado estudios que evalúen si existen diferencias en la calidad de la relación en hombres con disfunción eréctil y trastornos de la personalidad, en comparación con aquellos que presentan disfunción eréctil sin trastornos de la personalidad.

Según Vance et al. (2021), la disfunción eréctil en hombres puede intensificar sentimientos de celos, lo cual tiene repercusiones negativas en la relación de pareja. Debido a la incapacidad para mantener una función sexual satisfactoria las sospechas de infidelidad aumentan, lo que lleva a algunos hombres a desarrollar comportamientos de control hacia sus parejas. Estos comportamientos, que incluyen desde acciones de retención hasta reacciones aversivas, parecen ser estrategias para mitigar el temor al abandono. Este estudio resalta que la disfunción eréctil no solo afecta la dimensión íntima de la relación, sino que está vinculada a patrones específicos de celos, proporcionando una perspectiva sobre cómo la inseguridad sexual puede modificar las interacciones de pareja.

Por otro lado, se han explorado las discrepancias en la percepción de la disfunción eréctil entre hombres y sus parejas femeninas (Gao et al., 2020). La investigación revela que los hombres tienden a evaluar su desempeño sexual de manera más positiva que sus parejas femeninas. Además, estas diferencias se agravan con la duración prolongada de la disfunción eréctil y con una comunicación deficiente en la pareja, factores que también se asocian con mayores niveles de ansiedad y depresión. Los autores sugieren que un enfoque de tratamiento que combine apoyo psicosocial y educación sexual podría reducir las brechas en la percepción y mejorar la relación de pareja, además de optimizar los resultados del tratamiento médico.

En relación con el impacto de la disfunción eréctil en la satisfacción sexual y la calidad general de la relación en las parejas femeninas, O'Connor et al. (2012) destacan que las mujeres suelen experimentar dificultades en la comunicación sexual, insatisfacción y pérdida de intimidad. Sin embargo, aquellas parejas que logran adoptar una comunicación abierta y redefinir su vida sexual son capaces de reducir la frustración asociada a la disfunción eréctil.

Los resultados indican que las mujeres en relaciones de larga duración o que han convivido con la disfunción eréctil durante más de dos años tienden a desarrollar mejores mecanismos de afrontamiento, lo cual sugiere que el tiempo y la

comunicación pueden desempeñar un rol esencial en la adaptación conjunta a la disfunción eréctil.

Finalmente, hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de mujeres con parejas que padecen disfunción eréctil también experimentan disfunciones sexuales en áreas como el deseo, la excitación y el orgasmo, como revela el estudio de Greenstein et al. (2006), lo que a su vez tiene repercusiones en la relación. Los autores sugieren que el tratamiento de la disfunción eréctil debería considerar las necesidades de ambos integrantes de la pareja, abordando la disfunción sexual en conjunto. Este enfoque dual puede fortalecer la relación y mejorar los resultados terapéuticos, ya que al tratar ambos aspectos se promueve una recuperación más integral y satisfactoria para la pareja.

En conjunto, estos estudios subrayan la importancia de abordar la disfunción eréctil desde una perspectiva de pareja, que contemple tanto las dimensiones emocionales y de comunicación como las necesidades sexuales de ambos. Enfoques de tratamiento integrales que incluyan apoyo psicosocial, educación y estrategias de comunicación tienen el potencial de mejorar no solo la relación de pareja, sino también la eficacia de las intervenciones clínicas para la disfunción eréctil.

Trastornos de la personalidad y disfunción eréctil

Por su parte, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro (APA, 2024).

Respecto a la prevalencia de los trastornos de la personalidad y la disfunción eréctil, en el estudio de Winsper et al. (2020) obtuvieron una prevalencia mundial de un 7.8% respecto a los trastornos de la personalidad. Y en lo referente a la disfunción eréctil, esta junto con la eyaculación precoz, es la disfunción sexual masculina más frecuente, aumentando su incidencia con la edad. Una investigación transversal reveló que la prevalencia de la disfunción eréctil es cuatro veces mayor en hombres de 70 años en comparación con aquellos de 20 años (Anderson et al., 2022).

A pesar de que existe una alta comorbilidad entre los trastornos de personalidad y la disfunción eréctil, los estudios que exploran esta relación específica y el impacto en la pareja son escasos. Una revisión sistemática reciente sobre los trastornos de personalidad y la disfunción sexual (Cabello-García et al., 2020) mostró que los trastornos de personalidad tienen un impacto en la respuesta sexual. Sin embargo, de los 14 estudios que cumplían con los criterios de inclusión de dicha revisión, solo uno examinó específicamente la relación entre los trastornos de personalidad y la DE a

nivel clínico, observando una asociación con altos niveles de neuroticismo en casos de problemas eréctiles (Quinta y Nobre, 2011).

Desde esa revisión, investigaciones posteriores han sugerido que ciertos trastornos de personalidad, como el narcisismo, pueden influir en la respuesta al tratamiento de la disfunción eréctil, observándose mejores resultados en individuos con rasgos narcisistas tras recibir tratamiento andrológico (Ajo et al., 2021).

A pesar de estos avances, la relación entre los distintos tipos de trastornos de personalidad y la disfunción eréctil continúa siendo un tema poco explorado en la literatura científica. La mayoría de los estudios hasta la fecha se han concentrado en factores emocionales y psicológicos generales, sin profundizar en cómo los diversos tipos de trastornos de personalidad –más allá del narcisismo– pueden afectar la disfunción eréctil y, además, en qué medida esta interacción influye en la dinámica de pareja.

Objetivo

El objetivo del estudio es analizar si existen diferencias en las conductas sexuales y en la calidad de vida en pareja entre hombres con disfunción eréctil de origen psicológico, sin trastornos de la personalidad, frente a aquellos que, además de disfunción eréctil, presentan un trastorno de la personalidad.

MÉTODO

De acuerdo con la clasificación metodológica establecida por Del Río y colaboradores (2018), este estudio se enmarca en un diseño *ex post facto* retrospectivo con dos grupos.

Participantes

Todos los participantes presentaban una puntuación elevada en el Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (Rust y Golombok, 1986), con un puntaje superior a 4.5 en la subescala A, lo cual los clasificaba como personas con disfunción eréctil de acuerdo con los autores.

Los participantes se dividieron en dos grupos: un grupo experimental compuesto por 28 hombres con disfunción eréctil y un trastorno de personalidad, diagnosticado mediante una puntuación mayor a 75 en alguna de las escalas del Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III); y un grupo control de 23 hombres con disfunción eréctil, pero sin trastorno de personalidad. Ambos grupos fueron equilibrados en cuanto a características demográficas y relacionales, seleccionando participantes con más de seis meses en una relación de pareja.

Respecto a los criterios de exclusión, se seleccionaron los siguientes: personas que consumían medicamentos que pudieran afectar la función sexual, orientación

homosexual (dado que los cuestionarios empleados no se adaptan a esta variable, lo que comprometería la validez de los resultados), y aquellos que no completaron la entrevista o alguno de los cuestionarios del estudio.

En resumen, este estudio comparó a dos grupos de hombres con disfunción eréctil: uno con trastorno de personalidad y otro sin dicho trastorno, a fin de analizar las diferencias en las conductas sexuales y en la calidad percibida de la relación de pareja.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos: el Formulario de historia clínica del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, el Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) para evaluar la disfunción sexual, el Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) para identificar la presencia de trastornos de personalidad, y la Dyadic Adjustment Scale de Spanier, empleando específicamente el ítem que mide el nivel de satisfacción en la relación de pareja.

Formulario de historia clínica del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, (Cabello-Santamaría, 2010) seleccionando los siguientes datos:

- Edad.
- Profesión.
- Tiempo en pareja.
- Religión y práctica religiosa.
- Disfunción sexual de toda la vida o adquirida (primaria o secundaria).
- Frecuencia sexual.
- Práctica de sexo oral.
- Práctica de sexo anal.
- Utilización de juguetes eróticos.
- Duración subjetiva del juego erótico.
- Conductas masturbatorias y frecuencia de las mismas.
- Presencia de fantasías eróticas durante la relación sexual
- Relaciones sexuales extra-pareja.
- Número de parejas sexuales.
- Número de parejas estables (más de 6 meses de duración).
- Consumo de drogas ilegales.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Calidad subjetiva de la relación de pareja (descartando aspectos sexuales).
- Número de sesiones en terapia sexual
- Abandono (fracaso de la terapia) o éxito de la terapia

Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)

Este cuestionario de fácil respuesta fue diseñado para medir la función sexual en parejas heterosexuales que mantienen una vida sexual activa. Fue desarrollado por expertos de la Sexual Dysfunction Clinic del Maudsley Hospital de Londres y estandarizado con una muestra de 88 especialistas en terapia sexual. Se trata de un instrumento especialmente creado para evaluar la mejoría resultante de la terapia de pareja o de diferentes métodos de tratamiento (Rust y Golombok, 1986), y fue validado al español en 2021 (Cabello-Santamaría et al., 2021). Los autores reportan valores de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.94 para la versión masculina y de 0.87 para la versión femenina.

El cuestionario presenta dos formatos distintos: uno para hombres y otro para mujeres, ambos compuestos por 28 ítems en formato Likert, con opciones de respuesta que van desde "nunca" hasta "siempre". El tiempo promedio para completarlo oscila entre cuatro y diez minutos. Las puntuaciones obtenidas se transforman en eneatis (1-9), considerándose que valores superiores a cuatro indican la presencia de problemas en la escala.

Está dividido en las siguientes subescalas:

- a. Disfunción eréctil
- b. Eyaculación precoz
- c. Anorgasmia
- d. Vaginismo
- e. Infrecuencia
- f. No-comunicación
- g. Insatisfacción masculina
- h. Insatisfacción femenina
- i. No-sensualidad masculina
- j. No-sensualidad femenina
- k. Evitación masculina
- l. Evitación femenina

La fiabilidad del cuestionario es bastante elevada ($\alpha = 0.94$, para las escalas masculinas; y $\alpha = 0.87$, para las escalas femeninas). A su vez, la fiabilidad test-retest calculada en un estudio multicéntrico con la participación de 62 centros de terapia de pareja o sexual, obtuvo un valor de .76 para escala del hombre y .65 para la escala de la mujer.

La validez es muy alta (Rust y Golombok, 1986). Se comparó una muestra de 42 mujeres y 57 hombres con disfunciones sexuales con un grupo control de 59 participantes (29 hombres y 30 mujeres) hallándose una discriminación clara entre el grupo disfuncional frente al control ($r = .63$, $p < .001$ para mujeres y en hombres, $r = .37$, $p < .001$).

También se han validado las principales escalas comparando los resultados del cuestionario frente a la estimación de mejoría durante la quinta sesión de terapia por 30 expertos. La correlación entre las puntuaciones de los expertos y el GRISS fueron para hombres $r = .54$ ($p > .005$) y en mujeres $r = .43$ ($p < .01$).

Millon Clinical Multiaxial Inventory

El Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) es un instrumento que evalúa trastornos de personalidad (Millon, 2011; Millon y Grossman, 2005). Se compone de 22 escalas agrupadas en 4 bloques: 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Fóbica [evitativa], Dependiente [sumisa], Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádica, Compulsiva, Pasivo-agresiva, Autodestructiva), 3 escalas de Personalidad Patológica (Esquizotípica, Límite, Paranoide), 6 Síndromes Clínicos de gravedad moderada (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Neurosis Depresiva, Abuso de alcohol, Abuso de drogas), y 3 Síndromes Clínicos de gravedad severa (Pensamiento psicótico, Depresión mayor, Delirios psicóticos).

Las escalas de personalidad patológica y los síndromes clínicos difieren de las 10 escalas básicas en varios criterios, sobre todo, por su déficit en la competencia social y frecuentes episodios psicóticos, son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves.

Dyadic Adjustment Scale

La Escala de Ajuste Diádico (DAS), creada por Spanier (1976), consta de 32 ítems y presenta una elevada fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .96. La escala demuestra validez en contenido, criterio y constructo (Cano-Prous et al., 2014). Los cuatro factores que la componen conforman las subescalas de Consenso Diádico, Cohesión Diádica, Satisfacción Diádica y Expresión Afectiva, las cuales pueden combinarse para obtener una puntuación global.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas en cuanto la sensualidad, la evitación, la insatisfacción y la falta de comunicación entre ambos grupos, a excepción de la eyaculación precoz que es mayor en el grupo control (ver Tabla 1).

Tabla 1. Puntuación media, desviación típica y contraste de las escalas del cuestionario GRISS por grupos

Variable	Casos		Control		p
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	
Disfunción Eréctil	6,90	1,17	7,14	1,48	0,447
Eyacuación Precoz	4,59	2,24	5,93	2,16	0,026*
No Sensualidad	1,67	1,15	2,04	1,43	0,231
Evitación	5,00	2,29	4,21	2,25	0,112
Insatisfacción	4,77	2,02	4,79	1,87	0,995
No Comunicación	4,00	1,88	4,07	1,74	0,933
Infrecuencia	5,74	1,83	5,68	1,76	0,781

Nota: *= $<.05$; p = significación estadística mediante U de Mann Whitney

Sin embargo, se observa una diferencia significativa en la práctica “heteromasturbación”, con una mayor proporción en el grupo de control (67.86%) en comparación con el grupo de casos (33.33%), y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = .005$) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia, porcentaje y contraste de conductas por grupos

		Casos		Control		p
		N	%	N	%	
Disfunción sexual	Primaria	10	25.64%	9	32.14%	.560
	Secundaria	29	74.36%	19	67.86%	
Sexo oral	No	7	17.95%	3	10.71%	.412
	Sí	32	82.05%	25	89.29%	
Sexo anal	No	31	79.49%	21	75.00%	.664
	Sí	8	20.51%	7	25.00%	
Utilización de juguetes eróticos	No	25	64.10%	18	64.29%	.988
	Sí	14	35.90%	10	35.71%	
Autoestimulación	No	1	2.56%	3	10.71%	.165
	Sí	38	97.44%	25	89.29%	
Heteromasturbación	No	26	66.67%	9	32.14%	.005**
	Sí	13	33.33%	19	67.86%	
Fantasías eróticas	No	16	41.03%	11	39.29%	.886
	Sí	23	58.97%	17	60.71%	
Relaciones sexuales extra-pareja	No	30	76.92%	26	92.86%	.082
	Sí	9	23.08%	2	7.14%	
Consumo de drogas ilegales	No	36	92.31%	24	85.71%	.384
	Sí	3	7.69%	4	14.29%	
Consumo de tabaco	No	29	74.36%	19	67.86%	.560
	Sí	10	25.64%	9	32.14%	
Consumo de alcohol	No	11	28.21%	8	28.57%	.974
	Sí	28	71.79%	20	71.43%	

Este resultado sugiere que el grupo de control (hombres sin trastornos de personalidad) tiene una mayor disposición a satisfacer a sus parejas a través de la masturbación, lo cual contribuyó a que sus parejas quedaran más satisfechas. Además, estos hombres valoraron más positivamente la calidad de su relación de pareja (ver Tabla 3) mostrando diferencias con significación estadística en comparación con el grupo con trastorno de la personalidad.

Tabla 3. Puntuación media y desviación típica calidad subjetiva relación de pareja

Estadísticos de prueba ^a	
	Calidad subjetiva de la relación de pareja
U de Mann-Whitney	362,500
W de Wilcoxon	1142,500
Z	-2,366
Sig. asintótica (bilateral)	,018

a. Variable de agrupación: Tipo de grupo (Experimental o Control)

	Tipo de grupo			
	Experimental		Control	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Calidad subjetiva de la relación de pareja	7,09	1,76	8,25	1,26

DISCUSIÓN

Este estudio proporciona información valiosa sobre cómo los trastornos de personalidad pueden influir en las conductas sexuales y en la percepción de la calidad de vida en pareja en hombres con disfunción eréctil de origen psicológico. Aunque no se observaron diferencias significativas entre los grupos en variables como sensualidad, evitación, insatisfacción y falta de comunicación, sí surgieron diferencias importantes en la eyaculación precoz y en la práctica de la heteromasturbación.

La eyaculación precoz fue más frecuente en el grupo control, lo que sugiere que los hombres sin trastornos de la personalidad podrían experimentar una mayor presión para cumplir con expectativas de rendimiento sexual y para satisfacer a sus parejas y tal como avalan diferentes estudios esta ansiedad de desempeño afecta el control eyaculatorio. (Mas, 2014; Yang et al., 2019). Esta ansiedad por el rendimiento puede contribuir a una respuesta de eyaculación más rápida, ya que la ansiedad activa el sistema nervioso simpático, el cual está relacionado con la respuesta eyaculatoria. En cambio, los hombres con trastornos de personalidad, como el narcisismo o el trastorno límite, pueden estar menos enfocados en el rendimiento o en satisfacer a la

pareja, ya que suelen tener dificultades en la empatía, lo que a su vez genera una menor satisfacción de la pareja (Giacomo et al., 2023; Ipek y Faraji, 2022).

Por otro lado, la práctica de heteromasturbación fue más común en el grupo control, lo cual sugiere que estos hombres están más dispuestos a buscar alternativas para satisfacer a sus parejas, posiblemente debido a una mayor flexibilidad y adaptabilidad en su vida sexual. En cambio, los hombres con trastornos de personalidad, al presentar patrones de conducta más rígidos, podrían tener menos disposición a utilizar esta estrategia.

En cuanto a la calidad de la relación de pareja, los hombres sin trastornos de personalidad valoraron más positivamente su relación en comparación con aquellos que presentaban un trastorno de personalidad. Esto sugiere que los trastornos de personalidad pueden intensificar las dificultades relacionales, afectando la percepción de la relación (Dhingra, 2024; Krüger, 2024).

Implicaciones Clínicas y Limitaciones

Estos hallazgos resaltan la importancia de que el tratamiento de la disfunción eréctil en hombres con trastornos de personalidad incluya intervenciones que aborden tanto la disfunción sexual como los aspectos de personalidad que dificultan la flexibilidad y la empatía en la relación. Es importante considerar que este estudio está limitado a hombres en relaciones heterosexuales y tiene un diseño transversal, lo cual impide establecer relaciones causales. Futuros estudios longitudinales y con muestras más diversas podrían aportar una comprensión más amplia sobre el impacto de los trastornos de personalidad en la vida sexual y relacional de hombres con disfunción eréctil.

CONCLUSIONES

La coexistencia de disfunción eréctil y trastornos de personalidad parece agravar las dificultades en la vida sexual y la calidad de la relación de pareja.

Los hombres que padecen disfunción eréctil sin presentar trastornos de la personalidad tienden a percibir una mejor calidad de su relación de pareja. Además, muestran un mayor esfuerzo para satisfacer a su pareja, en contraste con aquellos hombres que, además de disfunción eréctil, presentan algún trastorno de la personalidad.

Los resultados sugieren que un enfoque de intervención para estos casos debería ser integral, abordando tanto la disfunción sexual como los aspectos psicológicos y relacionales asociados a los trastornos de personalidad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en pareja y el bienestar emocional de ambos integrantes de la pareja.

REFERENCIAS

- Ajo, R., Inda, M.-M., Mateu, M., Segura, A., Ballester, P., Muriel, J., ... y Peiró, A. M. (2021). Personality and psychiatric disorders in chronic pain male affected by erectile dysfunction: Prospective and observational study. *International Journal of Impotence Research*, 33(3), 339–347. doi: 10.1038/s41443-020-0294-9
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2024). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5-TR*. Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, D., Laforge, J., Ross, M. M., Vanlangendonck, R., Hasoon, J., Viswanath, O., Kaye, A. D., y Urits, I. (2022). Male sexual dysfunction. *Health Psychology Research*, 10(3). doi: 10.52965/001c.37533
- Cabello-García, M. A., del Río, F. J., y Sánchez-Sandoval, Y. (2020). Systematic review of personality disorders and sexual dysfunction. *Revista Internacional de Andrología*, 18(4), 129–136. doi: 10.1016/j.androl.2019.03.001
- Cabello-Santamaría, F., del Río, F. J., y Cabello-García, M. A. (2021). Validación de la versión española del Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction. *Revista Internacional de Andrología*, 19, 123–128. doi: 10.1016/j.androl.2020.01.004
- Cabello, F. (2010). *Manual de Sexología y Terapia Sexual*. Madrid: Síntesis.
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M. I., Lahortiga-Ramos, F., y García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(2), 137–144. doi: 10.1016/S1697-2600(14)70047-X
- Del Río, F. J., Cabello-García, M. A., y Cabello-Santamaría, F. (2018). Guía para la clasificación de artículos de investigación clínica para la Revista Internacional de Andrología. *Revista Internacional de Andrología*, 16, 107–111. doi: 10.1016/j.androl.2017.07.004
- Dhingra, I. (2024). Understanding the impact of various personality disorders (PDs) on relationship dynamics, communication patterns, and social interactions. *Global International Research Thoughts*, 12(1). doi: 10.36676/girt.v12.i1.02
- Di Giacomo, E., Andreini, E., y Clerici, M. (2023). The dark side of empathy in narcissistic personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14. doi: 10.3389/fpsy.2023.1074558
- Gao, J., Zhang, Y., Li, H., Gao, P., y Zhang, X. (2020). Different evaluations exist between men with erectile dysfunction and their female partners when using erectile hardness model: An interesting, observational, and cross-sectional field survey. *BioMed Research International*, 2020, Article 2302348. doi: 10.1155/2020/2302348
- Greenstein, A., Abramov, L., Matzkin, H., y Chen, J. (2006). Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 175(4), 1451. doi: 10.1016/S0022-5347(05)00875-X
- Ipek, B. E., y Faraji, H. (2022). Empathy in borderline personality disorder. *Erciyes Akademi*, 36(1). doi: 10.48070/erciyesakademi.1097395

Krüger, R. T. (2024). Personality disorders, narcissism and borderline-organization. En *Psychodrama in Counselling, Coaching and Education* (Cap. 4). Springer. doi: 10.1007/978-981-99-7508-2_4

Mas, M. (2014). Actualización de la fisiología de la eyaculación: Definición, prevalencia y etiología de la eyaculación precoz. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 40, 3–10. doi: 10.1016/S1138-3593(15)30002-2

Millon, T., y Grossman, S. D. (2005). Personology: A theory based on evolutionary concepts. En M. F. Lenzenweger y J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2ª ed., pp. 332–390). The Guilford Press.

Millon, T., Davis, R. D., Millon, C., Hernáez, V. C., y López, M. P. S. (2011). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Pearson.

O'Connor, E. J., McCabe, M. P., Conaglen, H. M., y Conaglen, J. P. (2012). Attitudes and experiences: Qualitative perspectives on erectile dysfunction from the female partner. *Journal of Health Psychology*, 17(1), 3–13. doi: 10.1177/1359105311404723

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10): Décima revisión*. OMS.

Quinta Gomes, A. L., y Nobre, P. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 461–469. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02092.x

Rust, J., y Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157–165. doi: 10.1007/BF01542223

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–38.

Vance, G., Zeigler-Hill, V., James, R. M., y Shackelford, T. K. (2022). Erectile dysfunction and partner-directed behaviors in romantic relationships: The mediating role of suspicious jealousy. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 472–483. doi: 10.1080/00224499.2021.1956412

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., y Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. doi: 10.1192/bjp.2019.166

Yang, Y., Lu, Y., Song, Y., Chen, H., y Liu, X. (2019). Correlations and stratification analysis between premature ejaculation and psychological disorders. *Andrologia*, 51(10). doi: 10.1111/AND.13315

CAPÍTULO 9

IDENTIDAD, SALUD SEXUAL Y USO DEL CONDÓN: UN ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE UN HOMBRE TRANS QUE VIVE CON VIH

RICARDO SÁNCHEZ MEDINA, CONSUELO RUBÍ ROSALES PIÑA,
Y DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE
Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

La salud sexual de las personas transgénero y, en particular, de los hombres trans que viven con VIH, es un tema complejo y poco explorado que requiere atención debido a las barreras únicas que enfrentan en sus relaciones íntimas y en el acceso a recursos de prevención de salud (Murano-Kinney y Heng-Lehtinen, 2024); de acuerdo con Rivest (2022), históricamente, los hombres trans han sido considerados con bajo riesgo de infección por VIH, lo que lleva a su exclusión de muchos estudios; sin embargo, los hombres trans se involucran en diversas prácticas sexuales que pueden aumentar su riesgo de exposición al VIH (Rivest, 2023).

En general, las investigaciones en torno al VIH suelen centrarse en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Mustanski, Queiroz, Merle, Zamantakis, Zapata, Li, Benbow, Pyra y Smith, 2024) o dentro de la comunidad gay (Gibson, Kramer, Wrigley, Probst y Bryan, 2024), tal y como lo muestran estas revisiones sistemáticas; sin embargo, en hombres trans, si tienen algunas revisiones de alcance (Wiegand et al., 2024), o que hablan de la comunidad trans en general (Honarvar et al., 2024). Estos antecedentes muestran que hay un vacío en la comprensión de las experiencias de los hombres trans en relación con el autocuidado, el uso del condón y las dinámicas de pareja.

De acuerdo con Madden y Cole (2024), los hombres trans que viven con VIH enfrentan más desafíos debido a su identidad de género y estado serológico, ya que es más frecuente que se presenten barreras para el diagnóstico temprano, la participación en la atención y el manejo de las complicaciones de la enfermedad.

Los hombres trans y que viven con VIH, también pueden experimentar situaciones en las que su identidad de género y su condición de salud los sitúan en posiciones de mayor estigma y discriminación, afectando su bienestar físico y emocional (Lamontagne et al., 2024). Estas experiencias se ven reflejadas en sus relaciones de pareja y en sus prácticas de cuidado sexual, donde factores como el tipo de vínculo, la confianza en la pareja y las presiones sociales pueden influir en sus decisiones sobre el uso del condón (Moncayo y Pérez-Arizabaleta, 2023). Entender

estas dinámicas es esencial para abordar las barreras de acceso a la salud sexual y promover el autocuidado en hombres trans.

Con base en lo anterior, esta investigación de tipo cualitativo busca explorar las experiencias de un hombre trans que vive con VIH, enfocándose en sus creencias, percepciones y situaciones relacionadas con el uso y no uso del condón. Mediante el análisis de estas experiencias, se pretende comprender cómo las dinámicas de pareja y las creencias personales influyen en sus decisiones de cuidado sexual, así como las barreras emocionales y prácticas que enfrenta.

MÉTODO

Participantes

Un hombre trans de 26 años que se asume como bisexual, con estudios de preparatoria y que adquirió VIH en el último año, participó en la presente investigación.

Instrumentos

Se realizó una entrevista semiestructurada en la que se tomaron en cuenta las siguientes categorías orientadoras:

1. Creencias sobre el uso del condón: Percepciones sobre la eficacia del condón en la prevención de ITS, creencias sobre la influencia del condón en la calidad de la relación sexual y opiniones sobre el impacto del condón en la salud y el bienestar personal.

2. Creencias sobre no usar condón: Justificaciones o razones para no usar condón, como la confianza en la pareja, creencias sobre la compatibilidad entre no uso del condón y la prevención de riesgos.

3. Creencias sobre el VIH: Percepciones sobre la transmisión y prevención del VIH, y creencias sobre el impacto de un diagnóstico de VIH en la vida cotidiana.

4. Influencia de la pareja: Nivel de apoyo o resistencia de la pareja en el uso del condón, comunicación con la pareja sobre el uso del condón y su frecuencia, impacto de las expectativas de la pareja en la decisión de usar o no usar condón.

5. Situaciones en las que se usa el condón: Contextos específicos (nuevas parejas, relaciones casuales) en los que se prioriza el uso del condón, factores de riesgo identificados que motivan el uso.

6. Situaciones en las que no se usa el condón: Contextos en los que el uso del condón no es considerado importante, circunstancias que disminuyen la motivación para protegerse.

7. Dificultades en el uso del condón: barreras emocionales o físicas (incomodidad, interrupciones), obstáculos relacionados con la disponibilidad o accesibilidad del condón.

8. Motivos para usar el condón: Motivaciones personales (autocuidado, salud sexual), importancia del bienestar de la pareja como incentivo y valores sobre la protección y la prevención.

9. Recursos disponibles para el uso del condón: Disponibilidad y accesibilidad de condones en el entorno cotidiano, acceso a información sobre prácticas de sexo seguro y prevención del VIH, recursos personales y sociales que facilitan el uso del condón.

10. Consecuencias percibidas del VIH: Percepciones sobre los efectos de vivir con VIH a nivel físico y emocional, impacto del VIH en la vida social, laboral, y familiar, percepciones sobre el estigma y discriminación hacia personas que viven con VIH.

Adicionalmente, a lo largo de la entrevista surgieron algunas categorías emergentes que dan sentido a las categorías orientadoras, las cuales son:

11. Identidad de género: Exploración de la autoidentificación y expresión de género, impacto de la identidad de género en la percepción del cuidado y protección sexual, percepciones de la influencia de la identidad de género en la dinámica de pareja y en la toma de decisiones sobre el uso del condón.

12. Consecuencias para personas trans: Experiencias específicas de discriminación o estigma en servicios de salud sexual, impacto de la condición trans en la toma de decisiones sobre el uso de métodos de protección, incluyendo el condón, consecuencias psicológicas, sociales y de salud sexual derivadas de la discriminación o exclusión por identidad de género.

Abuso sexual: Experiencias de abuso sexual y su impacto en la percepción de la protección y el uso del condón.

Procedimiento

La entrevista se realizó con un usuario de una clínica especializada en atención a personas que viven con VIH. En la institución se otorgó un espacio privado para su realización, se firmó el consentimiento informado en el que se hizo énfasis en la confidencialidad de la información, participación voluntaria y grabación en audio de la entrevista, la cual tuvo una duración de una hora.

Análisis de datos

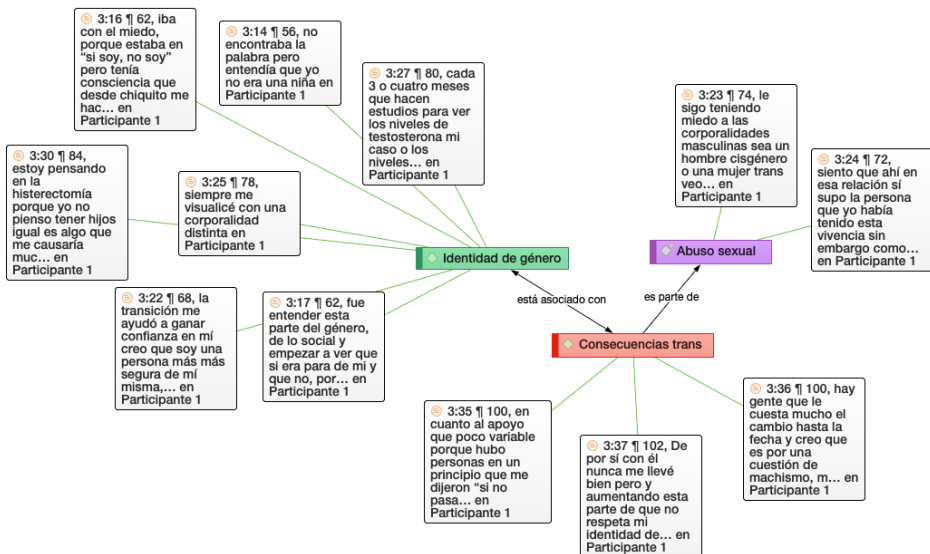
La entrevista fue transcrita a un procesador de textos, posteriormente el análisis de contenido se realizó en el programa Atlas.ti versión 24. El análisis se centra en las experiencias, creencias y contextos de uso de condón en sus encuentros sexuales en un hombre trans que vive con VIH.

posibles barreras emocionales y sociales que enfrentan los hombres trans, relacionadas con estigmas o con experiencias de rechazo. Además, términos como "información," "tratamiento," y "salud" destacan la importancia del acceso a recursos y apoyo profesional en salud sexual, que podrían tener un papel determinante en el empoderamiento y protección sexual.

Con base en estos resultados generales, se presentan dos análisis para profundizar sobre estas experiencias, primero sobre ser un hombre trans, y posteriormente, sobre el uso del condón y vivir con VIH. En la figura 2 se destaca cómo la identidad de género actúa como el núcleo de su experiencia, vinculando distintos aspectos de su vida y transición, y cómo estos elementos interactúan para conformar su percepción y su bienestar emocional.

En relación con la identidad de género, los nodos muestran experiencias específicas del participante, como su deseo de realizar una histerectomía para alinearse más con su identidad masculina y evitar la posibilidad de tener hijos, lo cual podría causar incomodidad. También menciona que la transición le ayudó a ganar confianza, a visualizar una corporalidad distinta y a entender mejor el género desde un enfoque social. Estas reflexiones indican que el proceso de transición es una experiencia compleja que impacta no solo en su identidad y percepción de sí mismo, sino también en su relación con otros aspectos de la vida cotidiana, como el manejo de su salud y el cuidado de su cuerpo.

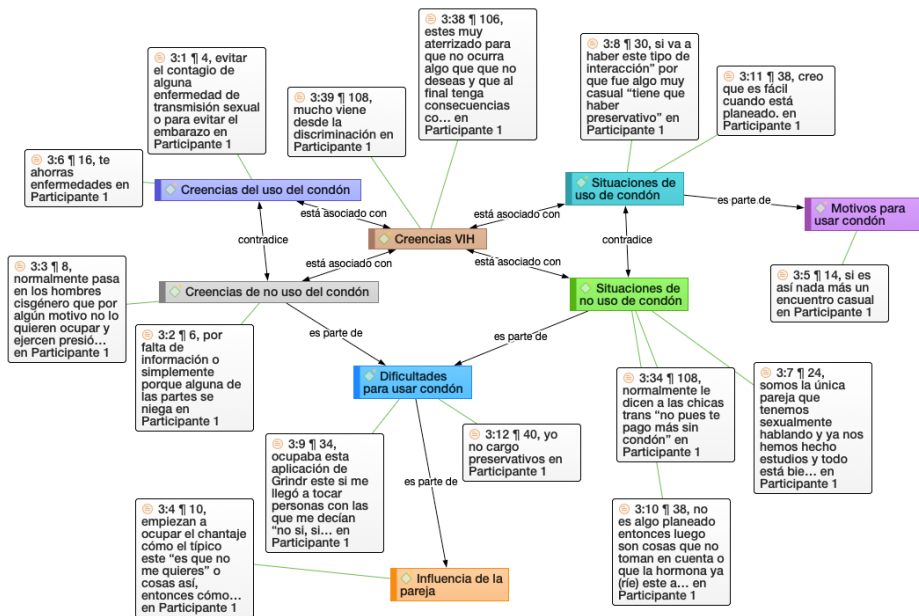
Figura 2. Experiencias de ser un hombre trans



La figura 2, también conecta la identidad de género con experiencias de abuso sexual, lo que sugiere un impacto emocional profundo en sus relaciones y su percepción de la corporalidad masculina, reflejando un temor persistente hacia las "corporalidades masculinas." La sección sobre las consecuencias trans agrupa experiencias de discriminación y falta de apoyo, como la dificultad de recibir aceptación y la percepción de ser juzgado por su identidad de género. Estos testimonios reflejan una carga emocional adicional que surge de los prejuicios y la falta de comprensión social hacia las personas trans. En conjunto, la figura muestra cómo la identidad de género de este hombre trans no solo modela su percepción de sí mismo, sino que también lo coloca en situaciones de vulnerabilidad social y emocional, afectando así su bienestar y sus relaciones interpersonales, lo cual podría tener un impacto sobre su salud sexual, análisis que se presenta en la figura 3.

En la figura 3 el análisis de resultados indica que las creencias sobre el uso y la falta de uso del condón están moldeadas por percepciones de riesgo y el tipo de relación. Por un lado, se percibe el condón como una medida preventiva contra ITS y embarazos no deseados, especialmente en encuentros casuales o no planeados. No obstante, en relaciones percibidas como estables, existe una tendencia a evitar el uso del condón debido a la confianza en la exclusividad de la pareja y la creencia de estar seguros, esta contradicción entre las situaciones de uso y no uso del condón refleja un comportamiento variable que depende de la relación y la percepción del riesgo.

Figura 3. Experiencias de uso de condón en un hombre trans que vive con VIH



Las barreras para el uso del condón son también significativas, destacando la presión de la pareja y la falta de preparación como obstáculos. La influencia de la pareja, que en algunos casos ejerce chantaje emocional o se niega al uso de protección, constituye una barrera relevante que impacta la autonomía del participante en sus prácticas de salud sexual. Además, la falta de costumbre o preparación, como la falta de disponibilidad de condones en el momento de la relación sexual, limita las oportunidades de protección.

Los motivos para usar el condón están vinculados principalmente a la prevención de ITS y embarazos, siendo estos factores los que impulsan su uso en determinadas circunstancias; sin embargo, en relaciones estables, la percepción de exclusividad y seguridad en la pareja puede reducir estos motivos, aumentando así el riesgo de transmisión de VIH al relajarse las prácticas de protección.

Por último, las creencias sobre el VIH muestran que el estigma y la discriminación ejercen un impacto profundo en las decisiones y actitudes del participante, por ejemplo el temor a las consecuencias de vivir con VIH y la influencia de la discriminación crean barreras adicionales en la vida cotidiana y en las relaciones íntimas, lo que puede ser una barrera para el cuidado de la salud sexual, aunque a lo largo de todo su discurso, las dificultades a las que se enfrenta en su día a día, están relacionadas con ser un hombre trans, y no tanto a vivir con VIH.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue explorar las experiencias y creencias sobre el uso del condón en un hombre trans que vive con VIH, con base en ello los hallazgos sugieren que la construcción de la identidad de género es un proceso complejo y multidimensional que se entrelaza con el cuidado de la salud sexual y las dinámicas interpersonales, ofreciendo nuevos puntos de reflexión sobre la intersección entre identidad y prácticas de autocuidado.

La literatura existente destaca que, para personas trans, la transición no se limita a cambios físicos, sino que representa una reconstrucción de la identidad que impacta profundamente sus relaciones interpersonales y su salud emocional (Abdelfettah, 2023). En este sentido, los resultados de esta investigación coinciden con trabajos que señalan que la influencia de la transición en la autoimagen y el bienestar emocional, así como en la percepción de la corporalidad (Kumchenko, Tkhostov y Rasskazova, 2022), influyen en la salud emocional. Aunque, resulta complejo, ya que también se ha reportado que son un sector de la población que es susceptible de vivir más experiencias de estigma y discriminación, que no solo afecta su bienestar, sino su salud en general, como por ejemplo, la sexual.

En este sentido, en algunos estudios se ha identificado que los hombres trans enfrentan barreras significativas para el acceso a recursos y servicios de salud, lo que

puede influir en su percepción de riesgo y su disposición para usar métodos de protección, tal y como lo encontraron en la revisión sistemática de Jessani et al. (2024).

Por ejemplo, las experiencias del participante aportan una visión adicional al revelar cómo las relaciones de pareja y la confianza percibida en una relación estable pueden llevar a disminuir el uso del condón, un aspecto que ha sido documentado en poblaciones diversas, pero que toma un matiz particular en hombres trans debido a las experiencias de rechazo y estigma que enfrentan, y a la influencia de su identidad de género en la percepción de riesgo (Burgwal y Motmans, 2021). Esto sugiere que, aunque el condón es considerado como una herramienta esencial de prevención, el contexto relacional y el tipo de vínculo afectan significativamente su uso, lo que resalta la necesidad de intervenciones educativas que aborden estas dinámicas específicas (Ayer et al., 2021).

Además, las barreras para el uso del condón vinculadas a la presión de la pareja y a la falta de costumbre o disponibilidad resaltan la importancia del apoyo social y la comunicación en la pareja para favorecer prácticas de autocuidado (Hamidi, Regmi y van Teijlingen, 2024); además, también hay que considerar que en las personas trans, la situación se complica dado a las experiencias de estigma y discriminación, lo que puede influir en su autonomía y en sus decisiones de autocuidado en las relaciones íntimas (Ferreira, Valente, Morais y Lopes, 2023). Este estudio refuerza estas ideas al mostrar como factores de presión social, combinados con la falta de recursos y apoyo emocional, crean obstáculos adicionales para mantener una salud sexual adecuada, lo que se vuelve relevante, dado que el participante vive con VIH.

Los hallazgos de esta investigación, también contrastan con estudios en los que la confianza en la pareja se asocia con prácticas de protección en parejas de otras identidades de género, mostrando que, para algunos hombres trans, la percepción de confianza y estabilidad puede reducir el uso del condón en situaciones donde la exclusividad no está asegurada o donde existen riesgos asociados a la salud sexual (Reisner, Moore, Asquith, Pardee y Mayer, 2020).

Este aspecto pone de relieve una tensión específica en la toma de decisiones de salud sexual en hombres trans, que podría estar influida por la necesidad de validación y aceptación en un contexto donde enfrentan estigmas adicionales relacionados con su identidad y al vivir con VIH, como por ejemplo, la discriminación en el acceso a los servicios de salud que puede contribuir a bajas tasas de detección del VIH y otros problemas de salud relacionados con la falta de atención a su salud ginecológica y reproductiva (Rivest, 2022).

Además, la experiencia del estigma y discriminación en torno al VIH se identifican en la literatura como factores que limitan la búsqueda de apoyo en servicios de salud y reducen la frecuencia de las prácticas de protección (Dessie y Zewotir, 2024). Con la

presente investigación se amplía este conocimiento al mostrar que, en hombres trans, el temor al juicio y el rechazo no solo afecta la búsqueda de atención, sino también la relación con el propio cuerpo y las decisiones en torno al cuidado de la salud sexual.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de que las intervenciones dirigidas a hombres trans no solo contemplen la educación en salud sexual, sino también programas de apoyo psicosocial que aborden el impacto de la discriminación y el estigma en sus prácticas de autocuidado, tal y como lo señalan Patki, Gandhi, Walawalkar y Goyal (2024), de tal forma que se promueva no solo su salud sexual, sino que también haya una mejor salud mental y bienestar en general de los hombres trans.

En esta misma línea, estos programas de educación en salud sexual deben considerar las experiencias únicas de los hombres trans, en la que se promueva la autonomía y el empoderamiento en las decisiones de salud sexual, abordando temas como el uso del condón y la negociación en pareja en un contexto de aceptación y comprensión de la identidad de género (Norris y Borneskog, 2022). También, se requiere el diseño de intervenciones dirigidas al sector salud, ya que en muchas ocasiones el estigma y discriminación, proviene de ellos, por lo que esta sensibilización puede coadyuvar positivamente al acceso a servicios de salud más inclusivos y seguros (Majeed et al., 2024).

En cuanto a líneas de investigación futura, sería valioso explorar en profundidad cómo las experiencias de transición y el apoyo social influyen en las prácticas de prevención en salud sexual, especialmente en relación con el uso del condón en distintos tipos de relaciones. Desarrollar investigaciones longitudinales podrían aportar información sobre los cambios en la percepción del riesgo y el autocuidado a lo largo del proceso de transición, así como las experiencias de vivir con VIH a lo largo del tiempo.

En conclusión, los hallazgos de esta investigación ofrecen una perspectiva enriquecida sobre las experiencias de salud sexual en hombres trans que viven con VIH, destacando cómo la identidad de género, la dinámica de pareja, y las barreras emocionales y sociales influyen en sus decisiones de uso del condón. Estos resultados invitan a diseñar intervenciones de salud sexual integrales que aborden tanto los factores individuales como contextuales en hombres trans, considerando sus necesidades específicas de apoyo y protección ante el estigma y el rechazo en el ámbito de la salud.

REFERENCIAS

- Abdelfettah, I. (2023). Self-reconstruction: Between identity and interpersonal relationships. *BAU Journal. Society, Culture and Human Behavior*, 5(1), 1-8.
- Ayer, A., Perez-Brumer, A., Segura, E.R., Chavez-Gomez, S., Fernandez, R., Arroyo, C., ... Clark, J.L. (2021). Let's talk about sex: The impact of partnership contexts on communication

about hiv serostatus and condom use among men who have sex with men (MSM) and transgender women (TW) in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 25(7), 2139-2153.

Burgwal, A. y Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 679-686.

Dessie, Z.G. y Zewotir, T. (2024). HIV-related stigma and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, e1356430

Ferreira, I., Valente, A., Morais, A., y Lopes, R. (2023). Trans person: discrimination and barriers associated with health care. *European Psychiatry*, 66(1), e1132.

Gibson, L.P., Kramer, E.B., Wrigley, J., Probst, M., y Bryan, A.D. (2024). Gay community involvement and the sexual health behaviours of sexual minority men: A systematic review and directions for future research. *Health Psychology Review*, 18(2), 299-318.

Hamidi, A., Regmi, P., y van Teijlingen, E. (2024). Facilitators and barriers to condom use in Middle East and North Africa: A systematic review. *Journal of Public Health*, 32(9), 1651-1681.

Honarvar, B., Shahgoli, Y., Haseli, F., Jalalpour, A.H., Sodagar, Z., Javanmardi, H., ... Arammehr, M. (2024). Knowledge, attitudes, practices and risk perceptions toward hiv/aids in transgender populations: A health belief model-based systematic review. *Shiraz E-Med J*, 25(5), e143389.

Jessani, A., Berry-Moreau, T., Parmar, R., Athanasakos, A., Prodger, J.L., y Mujugira, A. (2024). Healthcare access and barriers to utilization among transgender and gender diverse people in Africa: A systematic review. *BMC Global and Public Health*, 2(1), e44.

Kumchenko, S., Tkhostov, A., y Rasskazova, E. (2022). Transsexual self-esteem in different stages of transgender transition. *Moscow University Psychology Bulletin*, 4, 224-246.

Lamontagne, E., Leroy, V., Yakusik, A., Parker, W., Howell, S., y Ventelou, B. (2024). Assessment and determinants of depression and anxiety on a global sample of sexual and gender diverse people at high risk of HIV: a public health approach. *BMC Public Health*, 24(1), e215.

Madden, S. y Cole, J. (2024). Care of the transgender person living with human immunodeficiency virus. *Nursing Clinics of North America*, 59(2), 183-188.

Majeed, T., Hopkin, G., Wang, K., Nepal, S., Votruba, N., Gronholm, P., ... Evans-Lacko, S. (2024). Anti-stigma interventions in low-income and middle-income countries: A systematic review. *eClinicalMedicine*, 72, e102612.

Moncayo, J.E. y Pérez-Arizabaleta, M.D.M. (2023). Discursos identificados sobre el uso y no uso del condón en hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en dos ciudades de Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202306054.

Murano-Kinney, S. y Heng-Lehtinen, R. (2024). Toward transgender health: Analysis of current barriers and theorizing interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*. Advance online publication.

Mustanski, B., Queiroz, A., Merle, J.L., Zamantakis, A., Zapata, J.P., Li, D.H., ... Smith, J.D. (2024). A systematic review of implementation research on determinants and strategies of effective HIV interventions for men who have sex with men in the United States. *Annual Review of Psychology*, 75, 55-85.

Norris, M. y Borneskog, C. (2022). the cisnormative blindspot explained: Healthcare experiences of trans men and non-binary persons and the accessibility to inclusive sexual & reproductive healthcare, an integrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, e100733.

Patki, S.M., Gandhi, P., Walawalkar, A., y Goyal, A.A. (2024). Perceived social support, self-esteem, and depression among Indian trans men with and without sex reassignment surgery. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), e772.

Reisner, S.L., Moore, C.S., Asquith, A., Pardee, D.J., y Mayer, K.H. (2020). Gender non-affirmation from cisgender male partners: development and validation of a brief stigma scale for HIV research with transgender men who have sex with men (Trans MSM). *AIDS and Behavior*, 24(1), 331-343.

Rivest, P. (2022). La santé sexuelle des hommes trans: Entre problèmes de catégorisation et invisibilisation. *Santé Publique*, 34(S2), 37-48.

Wiegand, A.A., Zubizarreta, D., Kennedy, R., Baral, S., Scheim, A.I., Appenroth, M.N., ... Reisner, S.L. (2024). Global Human Immunodeficiency Virus Prevalence and Risk Behaviors in Transmasculine Individuals: A Scoping Review. *Transgender Health*, Online first, 1-15.

CAPÍTULO 10

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN HEMATOLOGÍA: EL PAPEL DE LA RESILIENCIA Y EL MIEDO A LA RECAÍDA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

MARÍA CANTERO GARCÍA* Y MARÍA RUEDA-EXTREMERA
Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades hematológicas, como la leucemia, los síndromes mielodisplásicos, el mieloma múltiple, el linfoma o los trastornos mieloproliferativos, constituyen un grupo significativo de patologías que afectan a millones de personas a nivel global (Hoffman et al., 2017). La experiencia de recibir un diagnóstico de cáncer hematológico y su tratamiento desencadena no solo efectos físicos, sino también consecuencias psicológicas, como ansiedad, depresión y miedo a la recaída (Katz et al., 2015; Simonelli et al., 2017). Este miedo, que se define como la preocupación persistente sobre la posibilidad de que la enfermedad regrese tras la remisión, se presenta como uno de los principales retos psicológicos para estos pacientes (Kessels et al., 2019).

El miedo a la recaída puede tener repercusiones significativas en la vida diaria del paciente, afectando su calidad de vida, su estado emocional y su interacción con el entorno social (Davis et al., 2020; Zabora et al., 2001). Alrededor del 60% de los pacientes con cáncer hematológico presentan altos niveles de miedo a la recaída, lo que se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión, así como con una disminución en la adherencia al tratamiento (Miller y Hurst, 2018). Este fenómeno se ve intensificado por el temor a perder el control sobre su salud y la incertidumbre que rodea a su futuro (González et al., 2022).

En este contexto, la resiliencia puede mitigar el impacto del miedo a la recaída. Se define la resiliencia como la capacidad de adaptarse positivamente a situaciones adversas (Masten, 2019) y recuperarse de ellas (Eicher et al., 2005; Masten, 2019; Tugade & Fredrickson, 2004). La investigación ha demostrado que los pacientes que poseen altos niveles de resiliencia experimentan una mejor calidad de vida y son más efectivos en el manejo de su ansiedad (Luthar et al., 2000; Katz et al., 2013). De hecho, la resiliencia puede influir en cómo los pacientes enfrentan el miedo a la recaída y en su capacidad para recuperarse emocionalmente después de experiencias difíciles.

Este capítulo se propone explorar el papel del miedo a la recaída y la resiliencia en la experiencia de pacientes con enfermedades hematológicas, analizando cómo estos factores interactúan y cómo pueden ser abordados en la atención psicológica. La

revisión se estructura en diferentes secciones que abarcan desde la definición y la evaluación del miedo a la recaída y la resiliencia hasta las intervenciones psicológicas efectivas que pueden implementarse para apoyar a los pacientes en su proceso de adaptación.

Objetivos

- Analizar cómo el miedo a la recaída se manifiesta en pacientes con enfermedades hematológicas, identificando sus implicaciones en la salud psicológica y la calidad de vida de estos individuos.

- Examinar el concepto de resiliencia en el contexto de los pacientes hematológicos, destacando su relevancia como un recurso que permite a los pacientes afrontar el miedo a la recaída y superar los desafíos emocionales asociados con la enfermedad.

- Identificar intervenciones psicológicas efectivas que se han demostrado eficaces en el fomento de la resiliencia y la gestión del miedo a la recaída en pacientes con enfermedades hematológicas.

- Analizar cómo los hallazgos sobre el miedo a la recaída y la resiliencia pueden integrarse en un enfoque terapéutico integral, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes.

MÉTODO

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda de literatura en bases de datos académicas, como PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión, organizados según la estrategia PICOS:

- P: Se incluyeron estudios que involucraran a pacientes diagnosticados con enfermedades hematológicas, tales como leucemia y linfomas.

- I: Se consideraron intervenciones relacionadas con la atención psicológica y estrategias para manejar el miedo a la recaída y fomentar la resiliencia.

- C: Se incluyeron estudios que compararan la eficacia de diferentes enfoques psicológicos o que exploraran las diferencias en resultados basados en niveles de resiliencia o miedo a la recaída.

- O: Se buscaron resultados relacionados con el miedo a la recaída, la resiliencia y la calidad de vida de los pacientes.

- S: Se aceptaron tanto estudios cualitativos como cuantitativos.

Además, se establecieron los siguientes criterios adicionales:

Idioma: Solo se consideraron estudios publicados en inglés y español.

Año de publicación: Se seleccionaron artículos publicados en los últimos diez años para asegurar la relevancia y actualidad de la información.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda incluyeron "miedo a la recaída," "resiliencia," "atención psicológica," "enfermedades hematológicas," y "calidad de vida." Tras aplicar estos criterios, se identificaron un total de 75 artículos, de los cuales se seleccionaron 30 para la revisión. Los datos fueron extraídos y organizados en categorías temáticas atendiendo a los objetivos del estudio.

RESULTADOS

Los resultados de la revisión se agruparon en tres apartados clave.

- Impacto del miedo a la recaída: El impacto del miedo a la recaída se revela como una preocupación significativa para los pacientes con enfermedades hematológicas, afectando su calidad de vida y generando niveles elevados de ansiedad. Aproximadamente el 60% de los pacientes informan altos niveles de miedo a la recaída, correlacionando con síntomas de depresión y ansiedad (Miller & Hurst, 2018). Este fenómeno se ve exacerbado por el temor a perder el control sobre su salud y la incertidumbre sobre el futuro. Los pacientes con miedo a la recaída pueden experimentar dificultades en su vida diaria, afectando sus relaciones sociales y su capacidad para disfrutar de actividades que antes consideraban placenteras.

- Resiliencia como factor protector: La resiliencia se identifica como un factor protector que puede mitigar el impacto del miedo a la recaída. Estudios han demostrado que los pacientes con altos niveles de resiliencia tienden a reportar una mejor calidad de vida y menor ansiedad, lo que sugiere que esta capacidad no solo se relaciona con la habilidad para afrontar situaciones difíciles, sino también con la implementación de estrategias de afrontamiento efectivas (Katz et al., 2013). La resiliencia puede verse influenciada por diversos factores, como el apoyo social, la experiencia previa de manejo del estrés y las habilidades de afrontamiento desarrolladas a lo largo de la vida.

- Intervenciones psicológicas efectivas: Se identificaron intervenciones psicológicas efectivas que han demostrado ser eficaces en la promoción de la resiliencia y la reducción del miedo a la recaída, como los programas de intervención basados en terapia cognitivoconductual (TCC) y terapia de aceptación y compromiso (ACT). Estas intervenciones han mostrado resultados positivos en la reducción de la ansiedad y en la mejora de la resiliencia. Además, la implementación de grupos de apoyo se asocia con beneficios significativos en la salud mental de los pacientes, proporcionando un espacio para la expresión emocional y el intercambio de experiencias. Estos grupos permiten a los pacientes sentirse comprendidos y validados en sus emociones, lo que a su vez puede fortalecer su capacidad para afrontar la enfermedad.

DISCUSIÓN

La presente revisión de la literatura ha resaltado la importancia del miedo a la recaída y la resiliencia en pacientes con enfermedades hematológicas, evidenciando cómo estos factores interrelacionados afectan significativamente su calidad de vida y bienestar emocional. A medida que la supervivencia en el contexto de enfermedades hematológicas continúa mejorando, también se hace evidente la necesidad de atender el impacto psicológico que estas condiciones generan.

El miedo a la recaída se presenta como un componente inevitable del proceso de tratamiento y recuperación en pacientes con cáncer. Esta angustia puede manifestarse de diversas formas, desde ansiedad persistente hasta comportamientos de evitación que pueden interferir con la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, con la recuperación. La evidencia sugiere que un alto nivel de miedo a la recaída está asociado con mayores niveles de ansiedad y depresión, lo que puede deteriorar aún más la calidad de vida de estos pacientes. Por ello, es crucial que los profesionales de la salud reconozcan y validen estas preocupaciones en sus intervenciones clínicas.

Por otro lado, la resiliencia ha emergido como un factor protector que puede mitigar los efectos negativos del miedo a la recaída. Las habilidades de afrontamiento, la búsqueda de apoyo social y la adaptación positiva a las dificultades son elementos que pueden fortalecer la resiliencia en estos pacientes. La promoción de la resiliencia no solo se traduce en una mejor salud mental, sino que también puede impactar en la adherencia a tratamientos y en la experiencia general del paciente durante su proceso de recuperación.

Es importante destacar que, aunque los hallazgos de esta revisión son prometedores, existen limitaciones en la literatura actual. Muchos estudios han sido transversales, lo que limita la capacidad para establecer relaciones causales entre el miedo a la recaída y la resiliencia. Esta falta de estudios longitudinales representa una brecha significativa que necesita ser abordada en investigaciones futuras. Además, la heterogeneidad de las muestras y la variedad de instrumentos utilizados para medir estos constructos pueden dificultar la comparación y generalización de los resultados.

Además, se ha evidenciado la necesidad de intervenciones más personalizadas que tengan en cuenta las necesidades individuales de cada paciente. Dado que el miedo a la recaída puede variar considerablemente entre individuos, es esencial que las estrategias de intervención se adapten a estas diferencias. Esto podría incluir el desarrollo de programas que aborden no solo los síntomas psicológicos, sino también que fomenten la construcción de resiliencia y habilidades de afrontamiento.

Finalmente, la integración de un enfoque centrado en la resiliencia en la práctica clínica podría cambiar la forma en que se aborda el tratamiento de pacientes con enfermedades hematológicas. Los profesionales de la salud deben ser capacitados

para no solo tratar los síntomas de la enfermedad, sino también para fomentar un entorno que apoye el desarrollo de la resiliencia. Este enfoque holístico podría contribuir a una mejora significativa en la calidad de vida y el bienestar emocional de estos pacientes, así como a una mejor adherencia a los tratamientos y resultados clínicos.

CONCLUSIONES

La revisión realizada subraya la relevancia del miedo a la recaída y la resiliencia como factores interrelacionados que impactan significativamente en la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes con enfermedades hematológicas. Las siguientes conclusiones se desprenden de los hallazgos analizados:

- Impacto del miedo a la recaída: El miedo a la recaída constituye un desafío psicológico crítico en pacientes con enfermedades hematológicas, asociado a mayores niveles de ansiedad, depresión y, potencialmente, a una disminución en la adherencia al tratamiento. Reconocer y abordar este miedo en la práctica clínica es fundamental para mitigar sus efectos adversos sobre la calidad de vida y el bienestar general del paciente.

- Resiliencia como factor protector: La resiliencia emerge como un elemento clave para contrarrestar los efectos negativos del miedo a la recaída, proporcionando un mecanismo de afrontamiento que favorece la adaptación positiva y la estabilidad emocional. Estrategias para fortalecer la resiliencia, como el fomento de habilidades de afrontamiento y el apoyo social, deben integrarse en las intervenciones clínicas.

- Recomendaciones para la práctica clínica: La integración de un enfoque holístico centrado en la resiliencia podría transformar la manera en que se abordan las necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes con enfermedades hematológicas. Además, es importante capacitar a los profesionales de la salud en técnicas que promuevan la resiliencia, esto contribuirá a mejorar significativamente la calidad de vida, la adherencia a los tratamientos y los resultados clínicos en los pacientes.

En conclusión, es esencial que las futuras investigaciones y prácticas clínicas aborden estas áreas promoviendo un cuidado más integral y personalizado para los pacientes con enfermedades hematológicas. Esto permitirá no solo una mejor gestión del miedo a la recaída, sino también el desarrollo de estrategias de afrontamiento que favorezcan su recuperación y bienestar emocional.

REFERENCIAS

Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., y White, K. (2015). Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncology Nursing Forum*, 42(1), E3-E16. doi:10.1188/15.ONF.E3-E16

Hoffman, R., Benz, E.J., Silberstein, L.E., Heslop, H.E., Weitz, J.I., Anastasi, J., ... Abutalib, S. (2017). *Hematology: Basic Principles and Practice*. Elsevier Inc. doi:10.1016/C2013-0-23355-9

Luthar, S.S. y Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience: An integrative review. *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, 2, 510-549.

Luthar, S.S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

Masten A.S. (2019). Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry : Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 101-102. doi:10.1002/wps.20591

Seiler, A. y Jenewein, J. (2019). Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry*, 5(10), 208. doi: 10.3389/fpsy.2019.00208. PMID: 31024362; PMCID: PMC6460045.

Simonelli, L.E., Siegel, S.D., y Duffy, N.M. (2017). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1444-1454. doi:10.1002/pon.4168

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10(1), 19-28. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1

CAPÍTULO 11

ENTRENAMIENTO COGNITIVO Y EMOCIONAL CON REALIDAD VIRTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA AGRESIÓN EN JÓVENES

DAVID RONCERO VILLARREAL*, ROMÁN D. MORENO FERNÁNDEZ*,
CARLOS BENEDICTO DUQUE**, Y ÁLVARO FERNÁNDEZ MORENO*

**Universidad Francisco de Vitoria;*

***Asociación Ginso y Universidad Europea de Madrid*

INTRODUCCIÓN

La agresión se define como una acción intencionada cuyo propósito es causar daño físico o psicológico a una persona que está motivada para evitarlo (Anderson y Bushman, 2002). Este constructo multidimensional abarca una amplia variedad de comportamientos con expresiones y funciones fenomenológicas diversas (Penado, Andreu y Peña, 2014). Desde una perspectiva integral, la agresión puede entenderse como una respuesta compleja asociada a conceptos afines, como la ira y la hostilidad. Esto llevó a Spielberger a proponer el síndrome AHA (Anger-Hostility-Aggression), que agrupa estos tres elementos bajo un mismo epígrafe. La ira constituye el componente emocional, que abarca sentimientos que oscilan desde la irritación hasta la furia; la hostilidad representa el componente cognitivo, reflejando desconfianza y evaluaciones negativas hacia los demás; y, finalmente, el componente conductual se refiere a la acción agresiva en sí misma (Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983; Spielberger y Reheiser, 2010).

Aunque en ciertas circunstancias la agresión se considera adaptativa y está relacionada con funciones de supervivencia, también puede manifestarse de manera desadaptativa. En este sentido, la violencia se presenta como una forma extrema de agresión, caracterizada por su naturaleza destructiva y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca (Allen y Anderson, 2017). Entre las diferentes clasificaciones que existen de la agresión, destaca la que distingue entre agresión reactiva y agresión proactiva. La agresión reactiva es un comportamiento impulsivo que surge como respuesta a una amenaza percibida y se acompaña de una intensa reacción emocional. Por otro lado, la agresión proactiva es un comportamiento intencionado que se realiza para obtener un objetivo o beneficio específico y no implica una activación emocional significativa (Penado et al., 2014).

La agresión desadaptativa en la infancia y adolescencia se ha vinculado a un impacto negativo en el desarrollo socioemocional, así como con una amplia variedad de consecuencias negativas en la edad adulta, como la falta de empleo estable o la

implicación en actividades delictivas (Buchmann, Hohmann, Brandeis, Banaschewski y Poutska, 2013). De forma específica, la agresión proactiva se ha vinculado a la pertenencia a bandas juveniles, al abuso de drogas y a trayectorias delincuenciales estables; por su parte, la agresión reactiva se ha asociado con afecto negativo, depresión, ansiedad y problemas de autorregulación (Girard, Tremblay, Nagin y Côte, 2019).

Dadas estas consecuencias adversas de la agresión en los jóvenes, se han desarrollado diversos protocolos e intervenciones psicológicas para su tratamiento. Estos programas suelen basarse en el entrenamiento en habilidades sociales, la identificación y regulación emocional, y el manejo de la impulsividad, implementándose principalmente mediante enfoques multicomponente de orientación cognitivo-conductual (Ciesinski et al., 2022; Glick y Gibbs, 2011).

En la actualidad, las nuevas tecnologías pueden constituir una oportunidad para mejorar la eficacia de los tratamientos psicológicos convencionales. En los últimos años, la psicología aplicada ha comenzado a incorporar herramientas tecnológicas innovadoras en la evaluación y el tratamiento. Entre éstas destaca la Realidad Virtual (RV), que permite crear entornos tridimensionales simulando situaciones reales y generando una sensación de presencia. Estos entornos permiten al usuario interactuar con ambientes virtuales adaptados a sus necesidades, facilitando la modificación de conductas, pensamientos y emociones en un contexto controlado. El uso de la RV ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad, fobias y adicciones, complementando los tratamientos tradicionales (Lim, Aryadoust y Expósito, 2023; Popa et al., 2022; Thaysen-Petersen, Hammerum y Vissing, 2023).

En el tratamiento de la agresión también se han implementado intervenciones con RV en diferentes modalidades y con diversos enfoques terapéuticos. Algunas de estas intervenciones se orientan a mejorar el control emocional, ya sea mediante la exposición a situaciones provocadoras de ira (Jo et al., 2022), el entrenamiento en relajación con neurofeedback en entornos virtuales calmantes (Tarrant, Jackson y Viczko, 2022), o a través del aprendizaje de técnicas de relajación, respiración y mindfulness (Palanques Alegre, Martínez, López y Quiñones, 2022). Otras están dirigidas a fomentar la empatía, permitiendo al usuario experimentar en el entorno virtual situaciones de violencia verbal desde la perspectiva de la víctima (Seinfeld et al., 2018). Otro tipo de intervenciones usan un formato de serious games. Entre éstas se encuentran programas como “VR-GAIME” (Smeijers, Bulten, Verkes y Koole, 2021), el cual permite a los usuarios practicar el control de la impulsividad mediante reacciones a avatares que responden de manera hostil o amistosa. Por último, se han desarrollado programas estructurados dirigidos específicamente a abordar comportamientos agresivos a través de la interacción con avatares virtuales. Destacan intervenciones como “YourSkills Virtual Reality” (Alsem, van Dijk, Verhulp y De

Castro, 2021; Alsem, van Dijk, Verhulp, Dekkers y De Castro, 2023), una adaptación virtual de la terapia cognitivo-conductual que busca reducir la agresividad infantil mediante la mejora de la regulación emocional, y “VRAPT – Virtual Reality Aggression Prevention Therapy” (Tunte et al., 2020), que incorpora ejercicios de reconocimiento emocional, regulación de la activación fisiológica y role-playing con avatares virtuales controlados por el terapeuta.

Aunque la evidencia científica sobre el uso de la RV en el tratamiento de la agresión aún es limitada, está surgiendo un cuerpo empírico que sugiere que estas intervenciones, especialmente los programas multicomponente (Alsem et al., 2023; Tunte et al., 2020), pueden ser un complemento valioso a los tratamientos convencionales.

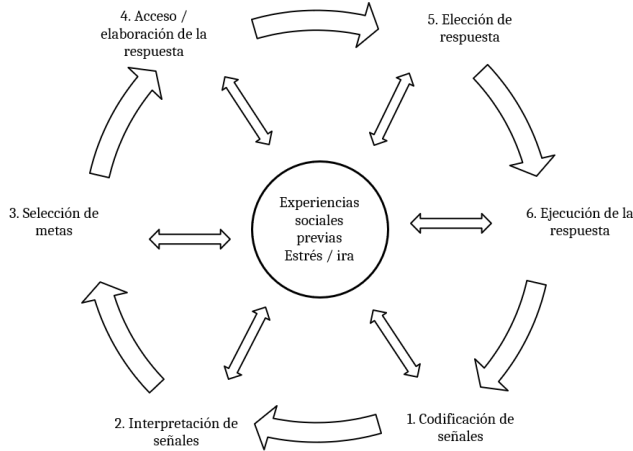
Objetivos

Es fundamental que los entornos virtuales utilizados en las intervenciones terapéuticas estén debidamente adaptados a la población objetivo. En este sentido, en este capítulo se presenta un nuevo software de RV diseñado específicamente para jóvenes con problemas de agresividad. Esta herramienta se centra en el entrenamiento de habilidades relacionadas con el control de la ira y la agresión reactiva, fundamentándose en el Modelo del Procesamiento de la Información Social (SIP) de Crick y Dodge (1994) y el Modelo General de la Agresión de Anderson y Bushman (2002).

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Modelo del Procesamiento de la Información Social (Crick y Dodge, 1994) explica los procesos cognitivos subyacentes a la agresión. Según este modelo, las personas enfrentan situaciones sociales a partir de un conjunto de capacidades biológicamente determinadas y una base de datos que incluye recuerdos de experiencias pasadas. En este contexto, las personas reciben señales tanto externas como internas y llevan a cabo una serie de pasos cognitivos antes de emitir una respuesta. Este procesamiento de la información implica seis procesos cognitivos: 1) Codificación de señales internas y externas; 2) Interpretación y representación mental de esas señales; 3) Clarificación o selección de una meta; 4) Acceso o elaboración de la respuesta; 5) Elección de respuesta; y 6) Ejecución de la respuesta seleccionada (Figura 1).

Figura 1. Modelo del Procesamiento de la Información Social de Crick y Dodge (1994)



Durante los dos primeros pasos, codificación e interpretación, las personas atienden selectivamente a ciertos indicios de la situación social y a las señales internas, codificando e interpretando dichas señales. A partir de las claves situacionales recogidas, se interpreta la intención de las demás personas. En el tercer paso, selección de metas, se elige un objetivo o consecuencia deseada para la situación que se está viviendo. En el cuarto paso, se accede a la memoria para recuperar posibles respuestas a situaciones similares o se elaboran nuevas conductas basadas en las señales inmediatas. En el quinto paso, elección de respuesta, se evalúan las respuestas previamente elaboradas y se selecciona aquella que se considera más favorable, teniendo en cuenta las expectativas sobre las consecuencias, la autoeficacia y la adecuación social de cada respuesta. Finalmente, en el sexto paso, se lleva a cabo la respuesta elegida.

Según Crick y Dodge (1994), las conductas agresivas surgen a partir de sesgos y déficits en los distintos pasos del procesamiento de la información social. En particular, estos déficits se manifiestan en una hipersensibilidad y una focalización excesiva en las señales de amenaza, en una tendencia a atribuir intenciones hostiles al comportamiento de los demás y en una evaluación más favorable de las soluciones agresivas.

En cuanto a la focalización de la atención en las señales de amenaza, se ha observado que los jóvenes agresivos, en comparación con aquellos menos agresivos, tienden a recopilar menos información del entorno, concentrándose principalmente en las señales hostiles y prestando menos atención visual a la zona de los ojos (Lin et al., 2016). En lo que respecta a la atribución de intenciones hostiles, la agresión a menudo se asocia con una tendencia a interpretar situaciones neutras de manera

hostil, fenómeno conocido como sesgo o estilo de atribución hostil (Dodge, 2006). Este sesgo se relaciona especialmente con la agresión reactiva (Martinelli, Ackermann, Bernhard, Freitag y Schwenk, 2018). El procesamiento de la información en etapas más avanzadas, que implica la elección y decisión de respuestas, actúa como un mediador entre la atribución hostil y la agresión (Oostermeijer, Nieuwenhuijzen, van de Ven, Popma y Jansen, 2016). Desde el Modelo del Procesamiento de la Información Social se asume que la agresión proactiva está más relacionada con déficits específicos en la selección de respuestas agresivas, considerando estas respuestas como más adecuadas y eficaces (Crick y Dodge, 1994).

En el Modelo del Procesamiento de la Información Social, la ira se puede conceptualizar como un mecanismo que interactúa con las fases del procesamiento cognitivo. Anderson y Bushman (2002), en su Modelo General de la Agresión (GAM), sostienen que la ira influye en los procesos cognitivos superiores y puede alterar el procesamiento de la información de diversas maneras. En primer lugar, la ira intensifica la atención hacia las señales hostiles del entorno y fomenta un procesamiento más profundo de estas. Además, la ira actúa como una fuente de información interna que ayuda a identificar las causas del comportamiento, lo que favorece la interpretación hostil de situaciones ambiguas. Por último, esta emoción prioriza el acceso a soluciones agresivas durante las interacciones sociales.

Software de entrenamiento cognitivo y emocional para reducir la agresión en jóvenes a través de la RV

A partir de los modelos teóricos y de los déficits identificados en las distintas etapas del procesamiento de la información social, se ha desarrollado un software de entrenamiento cognitivo y emocional con RV para reducir la agresión en jóvenes. Este software tiene como objetivos principales:

1. Mejorar la identificación de emociones.
2. Disminuir el sesgo de atribución hostil en situaciones ambiguas.
3. Aumentar el control de la ira en situaciones de provocación.
4. Reducir la impulsividad en la toma de decisiones durante interacciones sociales.

La empresa Innovae Group S.L. ha desarrollado un entorno virtual para la Asociación GINSO que simula un parque urbano, compuesto por tres escenarios diferenciados: una cancha de baloncesto, una zona de bancos y un food truck, diseñados para resultar familiares y atractivos a los jóvenes. Para acceder al entorno virtual se usan unas gafas de RV PICO 4 Enterprise.

Durante la experiencia de realidad virtual, un terapeuta controla las tareas que los participantes deben realizar mediante una tablet, desde la cual también se puede observar lo que ven en sus gafas, supervisando así la ejecución de las actividades en

tiempo real y proporcionando retroalimentación en determinadas tareas. Los participantes pueden escuchar los sonidos del entorno virtual a través de altavoces integrados en las gafas de RV, los cuales no impiden la percepción de otros sonidos del entorno real, facilitando así la interacción con el terapeuta.

En todo momento, el terapeuta mantiene el control del entorno virtual, pudiendo modificar o detener las tareas según sea necesario.

La intervención se organiza en varias tareas diseñadas para cumplir con los objetivos planteados. En primer lugar, se incluyen tareas específicas para entrenar la identificación de emociones; además, se trabaja en la interpretación de situaciones ambiguas y el control de la ira, así como en actividades orientadas al desarrollo de la toma de decisiones no impulsivas. Todas las actividades se presentan en formato de serious game, lo que permite el aprendizaje a través de retos estructurados.

El entrenamiento en identificación de emociones incide en la etapa inicial del procesamiento de la información, la codificación de señales. Su objetivo es entrenar a los jóvenes para que atiendan a las señales faciales que aparecen en las diferentes emociones. Para lograr este objetivo se han diseñado dos tareas específicas. La primera consiste en identificar emociones que aparecerán de manera secuencial en una serie de rostros; ante cada emoción, el participante deberá seleccionar la opción correcta. La segunda tarea implica localizar una emoción específica entre un grupo de avatares que expresan distintas emociones. En esta primera versión del software, se han incluido las emociones de ira, alegría, miedo y tristeza, con dos niveles de dificultad según la intensidad con la que se muestran las emociones en los rostros.

Con el entrenamiento en situaciones ambiguas se trabaja el sesgo de atribución hostil. Consta de seis tareas, distribuidas en dos para cada escenario. En cada uno, se invita al participante a completar un reto, pero cuando está próximo a lograrlo, se introduce una situación de frustración. Estas situaciones se presentan de manera neutral, permitiendo interpretaciones tanto hostiles como benignas. Tras el evento, se le pregunta al participante por qué cree que ocurrió y se le presentan varias opciones. El participante habrá de marcar la interpretación benigna para que se compute como correcta.

Las tareas diseñadas para el control de la ira también constan de seis retos, dos por cada escenario. En cada uno de estos retos, se le pide al participante que complete una tarea, la cual es frustrada por un avatar que actúa de manera claramente hostil y provocadora. El objetivo del participante es controlar su respuesta de ira sin reaccionar de forma agresiva. Para lograr esto, se emplea la técnica de biofeedback de tasa cardíaca, que permite al usuario recibir información en tiempo real sobre su estado emocional y fisiológico, facilitando así la regulación de su ira.

Por último, en las tareas de toma de decisiones, se abordan las etapas del procesamiento tardío, que incluyen la selección de una meta, así como la elaboración

y elección de una respuesta. En este conjunto de seis tareas, se sitúa al participante en situaciones de frustración donde debe decidir cómo responder. El terapeuta guía al participante a reflexionar sobre su elección de respuesta mediante una serie de preguntas, tales como: “¿Qué objetivos pretendes conseguir?”, “¿Qué respuesta podrías llevar a cabo para alcanzar ese objetivo?” y “¿Qué consecuencias crees que tendrá tu respuesta?”. Finalmente, el participante selecciona una respuesta, que el terapeuta evalúa como adecuada o inadecuada, lo que conlleva diferentes desenlaces para la escena.

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Este software está diseñado para su uso con menores y jóvenes infractores que cumplen una medida judicial de internamiento, y se incorporará como parte del tratamiento habitual en los centros de ejecución de medidas judiciales. La población en estos centros incluye jóvenes de entre 14 y 21 años que han cometido uno o varios delitos graves y a quienes se les ha impuesto una medida privativa de libertad. Antes de su implementación general se llevará a cabo un estudio piloto para evaluar la viabilidad de utilizar este software dentro del programa de tratamiento, así como para obtener una primera medida de su efectividad.

Participantes

Para este estudio piloto, los participantes serán seleccionados de entre los distintos centros y programas que desarrolla la Asociación GINSO. Los criterios de inclusión serán los siguientes: (1) previsión de permanencia en el centro por al menos 6 meses, (2) historial documentado de conductas agresivas o actos violentos recientes, y (3) un patrón de agresividad reactiva evaluado con el cuestionario RPQ (Raine et al., 2006). Serán excluidos aquellos participantes con diagnóstico de trastorno neurológico o trauma cerebral, quienes presenten en el momento de la intervención alguna patología psiquiátrica o discapacidad intelectual que afecte gravemente las funciones cognitivas y quienes no tengan una comprensión básica del idioma español.

Se obtendrá consentimiento informado de cada participante, así como el de sus representantes legales en caso de ser menores de edad. A todos se les informará sobre la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de los datos recopilados con fines de investigación.

Para calcular el tamaño de la muestra se ha considerado un tamaño del efecto de 0.5, una potencia de .80 y un nivel de significación de $\alpha = .05$, para una prueba t bilateral para muestras relacionadas, resultando en un mínimo de 34 participantes.

Variables e instrumentos

Se evaluarán variables psicológicas y fisiológicas relacionadas con la agresión. Las variables psicológicas incluirán la agresión, la ira, la impulsividad y el sesgo de atribución hostil. La agresión se evaluará a través del *Aggression Questionnaire* (AQ) de Buss y Perry (1992) y mediante una escala de observación diseñada específicamente para ser cumplimentada por el personal educativo del centro. Para medir la ira, se utilizará el *Inventario de Ira Estado-Rasgo* (STAXI-2) de Spielberger (1999). La *Escala de Impulsividad de Barrat* (BISS-11), en su versión española para adolescentes de Martínez-Loredo, Fernández-Hermida, Fernández-Artamendi, Carballo y García-Rodríguez (2015), se empleará para evaluar la impulsividad. Finalmente, el sesgo de atribución hostil se medirá mediante tareas de reconocimiento de situaciones en escenarios ambiguos (van Bockstaele, van der Molen, van Nieuwenhuijzen y Saleminck 2020).

En cuanto a las variables fisiológicas, se medirá la frecuencia cardiaca mediante el Pulsómetro Polar H10®, una banda pectoral que proporciona mediciones precisas del ritmo cardiaco.

Procedimiento

El protocolo de entrenamiento en RV se llevará a cabo en sesiones individuales supervisadas por un psicólogo sanitario. Durante estas sesiones, se abordarán las distintas actividades de manera modular, en función de las etapas del procesamiento de la información social. Se tomarán las medidas referidas antes y después de la intervención.

Los psicólogos encargados de aplicar el programa recibirán formación específica para comprender tanto los objetivos como el manejo del software. Durante la fase de implementación del estudio piloto, el equipo investigador proporcionará soporte técnico a los terapeutas, ofreciendo asesoramiento sobre la aplicación del software y asegurando un registro adecuado de los datos.

Se evaluarán las variables psicológicas y fisiológicas relacionadas con la agresión antes y después de la aplicación del programa, lo que permitirá comparar las diferencias en las puntuaciones obtenidas en ambos momentos. Para ello, se llevará a cabo un análisis estadístico utilizando una prueba t de Student para muestras relacionadas para cada una de las variables dependientes.

CONCLUSIONES

En este capítulo se presenta el desarrollo de un software de RV diseñado específicamente para el tratamiento de la agresión en jóvenes infractores que cumplen medidas judiciales de internamiento. Este software se implementará como complemento del tratamiento individual y se espera que contribuya a mejorar el

reconocimiento de emociones, disminuir el sesgo de atribución hostil en situaciones ambiguas, autorregular la respuesta de ira en situaciones de provocación y promover soluciones no agresivas en situaciones de conflicto.

Es fundamental intervenir en la conducta agresiva de jóvenes infractores, ya que mantener un alto nivel de agresión no solo tiene consecuencias negativas inmediatas, sino que también puede contribuir a perpetuar la carrera delictiva en la edad adulta (Buchmann et al., 2013). La incorporación de herramientas tecnológicas innovadoras, como la RV, puede solventar algunas de las limitaciones que presentan los tratamientos tradicionales en los centros de ejecución de medidas judiciales. Esta tecnología ofrece un entorno simulado seguro y controlado, permitiendo la práctica en escenarios interactivos que reflejan situaciones de la vida real, las cuales son difíciles de trabajar en un contexto de privación de libertad. Además, la RV también puede contribuir a aumentar la motivación y mejorar la adherencia al tratamiento (Alsem et al., 2021), facilitando la interiorización de contenidos y la generalización de las habilidades aprendidas.

Por lo tanto, ampliar los tratamientos actuales mediante la integración de estrategias innovadoras como la RV puede ser una forma efectiva de reducir las conductas agresivas en jóvenes. Si los resultados de la evaluación del estudio piloto son favorables y este enfoque se demuestra útil como complemento al tratamiento convencional, se considerará su incorporación generalizada en los protocolos de intervención para menores y jóvenes con problemas de violencia.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado a través de la Convocatoria de las Subvenciones para el apoyo a la modernización de las entidades del Tercer Sector convocadas por la Dirección General de Diversidad Familiar y Servicios Sociales (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030) a cargo del Fondo Europeo de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

REFERENCIAS

Allen, J.J. y Anderson, C.A. (2017). Aggression and violence: Definitions and distinctions. En P. Sturney (Ed.), *The Wiley handbook of violence and aggression vol.1* (pp. 1-14). New York, NY: John Wiley and Sons, Ltd.

Alsem, S.C., van Dijk, A., Verhulp, E.E., Dekkers, T.J., & De Castro, B.O. (2023). Treating children's aggressive behavior problems using cognitive behavior therapy with virtual reality: A multicenter randomized controlled trial. *Child development*, *94*(6), e344-e361. doi: 10.1111/cdev.13966

Alsem, S.C., van Dijk, A., Verhulp, E.E., y De Castro, B.O. (2021). Using virtual reality to treat aggressive behavior problems in children: A feasibility study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *26*(4), 1062-1075. doi: 10.1177/13591045211026160

Anderson, C.A. y Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27–51. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135231

Buchmann, A., Hohmann, S., Brandeis, D., Banaschewski, T., y Poustka, L. (2013). Aggression in Children and Adolescents. En: Miczek, K., Meyer-Lindenberg, A. (eds.) *Neuroscience of Aggression. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol. 17. Berlín, Heidelberg: Springer

Buss, A.H. y Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. doi: 10.1037/0022-3514.63.3.452

Ciesinski, N.K., Himelein-Wachowiak, M., Krick, L.C., Sorgi-Wilson, K.M., Cheung, J.C.Y., y McCloskey, M.S. (2023). A systematic review with meta-analysis of cognitive bias modification interventions for anger and aggression. *Behaviour Research and Therapy*, 167. doi: 10.1016/j.brat.2023.104344

Crick, N.R. y Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101. doi: 10.1037/0033-2909.115.1.74

Dodge, K.A. (2006). Translational science in action: Hostile attributional style and the development of aggressive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 18(3), 791–814. doi: 10.1017/S0954579406060391

Girard, L.C., Tremblay, R.E., Nagin, D., y Côté, S.M. (2019). Development of Aggression Subtypes from Childhood to Adolescence: A Group-Based Multi-Trajectory Modelling Perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 825–838. doi: 10.1007/s10802-018-0488-5

Glick, B. y Gibbs, J.C. (2011). *Aggression Replacement Training: A Comprehensive Intervention for Aggressive Youth*. Champaign, IL: Research Press.

Jo, H.J., Jung, Y.H., Hong, Y.J., Shin, Y.B., Baek, K.D., Kim, E., y Kim, J.J. (2022). The applicability of virtual reality-based training for controlling anger in aggressive individuals. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(5), 278–286. doi: 10.1089/cyber.2021.0193

Lim, M.H., Aryadoust, V., y Esposito, G. (2023). A meta-analysis of the effect of virtual reality on reducing public speaking anxiety. *Current Psychology*, 42(15), 12912–12928. doi: 10.1007/s12144-021-02684-6

Lin, P.I., Hsieh, C.D., Juan, C.H., Hossain, M.M., Erickson, C.A., Lee, Y.H., y Su, M.C. (2016). Predicting Aggressive Tendencies by Visual Attention Bias Associated with Hostile Emotions. *PLoS One*, 11(2): e0149487. doi: 10.1371/journal.pone.0149487

Martinelli, A., Ackermann, K., Bernhard, A., Freitag, C.M., y Schwenk, C. (2018). Hostile attribution bias and aggression in children and adolescents: A systematic literature review on the influence of aggression subtype and gender. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 25–32. doi: 10.1016/j.avb.2018.01.005

Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J.R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J.L., y García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274–282. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.07.002

Oostermeijer, S., Nieuwenhuijzen, M., van de Ven, P.M., Popma, A., y Jansen, L.M.C. (2016). Social information processing problems related to reactive and proactive aggression of adolescents in residential treatment. *Personality and Individual Differences*, *90*, 54-60, doi: 10.1016/j.paid.2015.10.035

Palanques Alegre, N., Martínez, A.P., López, E.P., y Quinones, P.R. (2022). Evaluación sobre la eficacia de la terapia con realidad virtual en menores y jóvenes sujetos/as a una medida judicial de internamiento terapéutico que presentan problemas en el control de impulsos. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia*, *22*, 54-67. doi: 10.4995/reinad.2022.15194

Penado M., Andreu J.M., y Peña E. (2014) Reactive, proactive and mixed type aggression: Analysis of individual risk factors. *Anuario de Psicología Jurídica*, *24*, 37-42. doi: 10.1016/j.apj.2014.07.012

Popa, C.O., Sava, F.A., Muresan, S., Schenk, A., Cojocar, C.M., Muntean, L.M., y Olah, P. (2022). Standard CBT versus integrative and multimodal CBT assisted by virtual-reality for generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, *13*, art. no. 1008981. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1008981

Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., ... Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, *32*(2), 159-171. doi: 10.1002/ab.20115

Seinfeld, S., Arroyo-Palacios, J., Iruretagoyena, G., Hortensius, R., Zapata, L.E., Borland, D., ... Sánchez-Vives, M.V. (2018). Offenders become the victim in virtual reality: impact of changing perspective in domestic violence. *Scientific Reports*, *8*, 2692. doi: 10.1038/s41598-018-19987-7

Smeijers, D., Bulten, E.H., Verkes, R.J., y Koole, S.L. (2021). Testing the Effects of a Virtual Reality Game for Aggressive Impulse Management: A Preliminary Randomized Controlled Trial among Forensic Psychiatric Outpatients. *Brain Sciences*, *11*(11). doi: 10.3390/brainsci11111484

Spielberger, C.D. (1999). *The State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources

Spielberger, C.D. y Reheiser, E.C. (2010). The Nature and Measurement of Anger. En: M. Potegal, G. Stemmler y C. Spielberger (Eds.), *International Handbook of Anger*. New York, NY: Springer.

Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S., y Crane, R.S. (1983). Assessment of Anger: the State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment*, vol. 2. Hillsdale: LEA

Tarrant, J., Jackson, R., y Viczko, J. (2022). A Feasibility Test of a Brief Mobile Virtual Reality Meditation for Frontline Healthcare Workers in a Hospital Setting. *Front. Virtual. Real.*, *3*. doi: 10.3389/frvir.2022.764745

Thaysen-Petersen, D., Hammerum, S.K., Vissing, A.C., Arnfred, B.T., Nordahl, R., Nordentoft, M., ... Frink-Jensen, A. (2023) Virtual reality-assisted cognitive behavioural therapy for outpatients with alcohol use disorder (CRAVR): a protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, *13*, e068658. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068658

Tuente, S.K., Bogaerts, S., Bulten, E., Keulen-de Vos, M., Vos, M., Bokern, H., ... Veling, W. (2020). Virtual Reality Aggression Prevention Therapy (VRAPT) versus Waiting List Control for Forensic Psychiatric Inpatients: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7). doi: 10.3390/jcm9072258

van Bockstaele, B., van der Molen, M.J., van Nieuwenhuijzen, M., y Salemink, E. (2020). Modification of hostile attribution bias reduces self-reported reactive aggressive behavior in adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 194, 104811. doi: 10.1016/j.jecp.2020.104811

CAPÍTULO 12

DESAFÍOS Y BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA CENTRADO EN LA FAMILIA: PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES

MANUEL PACHECO-MOLERO*, IRENE LEÓN-ESTRADA*,
CATALINA PATRICIA MORALES-MURILLO*, MÓNICA GUTIÉRREZ-ORTEGA**, Y
ROBERTO HERNÁNDEZ-SOTO***

**Universidad Internacional de La Rioja, **Universidad de Valladolid,
***Universidad Antonio de Nebrija*

INTRODUCCIÓN

Las prácticas centradas en la familia (PCF) es el paradigma recomendado en atención temprana para desarrollar y ofrecer servicios a niños con discapacidad y sus familias. Según Dunst y Espe-Sherwindt (2016), los PCF se caracterizan por respetar a los niños y sus familias, reconocer el impacto de la familia en el bienestar infantil, y fomentar una relación colaborativa entre las familias y los profesionales. Este enfoque se asocia con una mayor participación familiar en actividades comunitarias y es un fuerte predictor de una mejor calidad de vida familiar (García-Grau, Martínez-Rico, McWilliam, y Grau, 2019).

Implementar este enfoque en la atención temprana supone un desafío, ya que requiere modificar prácticas y creencias profesionales establecidas, pasando de un enfoque centrado en el niño a uno centrado en la familia (Kemp, 2020). La fidelidad en la implementación es clave para asegurar que se respeten los principios de los PCF, lo que implica cambios significativos en la formación y roles de los profesionales (Fixsen, Blase, Metz, y Van Dyke, 2013).

Las investigaciones recientes han demostrado que muchos programas se centran en evaluar las estrategias y resultados esperados, sin prestar suficiente atención a los moderadores que pueden afectar la implementación y consecución de los objetivos (Schindler, McCoy, Fisher, y Shonkoff, 2019). Por lo tanto, es importante no solo medir la efectividad de un programa, sino también considerar cómo y por qué funciona, para quién y en qué condiciones. Esto es crucial para asegurar que los programas sirvan verdaderamente a todas las familias.

Identificar los moderadores que impiden que los niños y las familias alcancen los resultados esperados es clave para mejorar la calidad de los servicios. Estudios han identificado múltiples barreras que dificultan la implementación efectiva de las PCF en los servicios de atención temprana (SAT), incluyendo el ajuste de los profesionales a un nuevo rol (Gràcia et al., 2019; Silva y Pinto, 2017). Este ajuste implica un cambio en el trabajo directo con el niño hacia un enfoque de colaboración con los cuidadores,

apoyándolos en su rol de mediadores del aprendizaje y promotores de interacciones positivas (Fleming, Sawyer, y Campbell, 2011). Sin embargo, esta transición no siempre es fácil debido a debates sobre a quién debe dirigirse el apoyo (niño o familia), la falta de formación específica y la ausencia de competencias para aplicar prácticas participativas que promuevan el empoderamiento de las familias (Bamm y Rosenbaum, 2008; Dunst, Espe-Sherwindt, y Hamby, 2019).

Además, existen barreras políticas, financieras y de coordinación que complican la implementación de las PCF. La diversidad de las familias atendidas, las distintas necesidades derivadas de los estados de salud de los niños y las características de los entornos donde viven también presentan retos. La falta de sistematización en la identificación y abordaje de estas barreras ha dificultado la plena implementación de las PCF (García-Grau, Martínez-Rico, McWilliam, y Grau, 2019).

A lo largo de los años, numerosos estudios y profesionales han señalado estas barreras, pero aún no se ha realizado una revisión sistemática que las exponga de manera integrada y conectada. Esto sugiere la necesidad de un análisis más profundo para identificar las limitaciones que afectan el funcionamiento diario de los PCF y así mejorar su implementación, asegurando que los servicios respondan adecuadamente a las prioridades y necesidades de cada familia y niño.

En conclusión, aunque los PCF cuentan con un fuerte respaldo teórico y evidencias empíricas, su implementación efectiva sigue enfrentando numerosos desafíos. Por lo que, es necesario seguir investigando y abordando las barreras percibidas por los profesionales para garantizar que los SAT logren su objetivo de mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias.

Por ello, el objetivo del estudio es identificar las barreras percibidas por los profesionales que influyen en su práctica y limitan la implementación de prácticas recomendadas y, por consecuencia, la transformación de los servicios hacia PCF (Bamm y Rosenbaum, 2008) y determinar si hay relación entre las distintas barreras percibidas a la hora de hacer una implementación efectiva de las PCF.

METODOLOGÍA

Siguiendo los criterios de los "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses" (Page et al., 2021) se realizó una búsqueda en Web of Science, Scopus y Proquest desde enero de 2000 hasta en enero de 2023, utilizando términos ajustados al método PICO. Se incluyeron combinaciones de palabras clave como "early intervention" y "providers perception". Además, se buscaron artículos adicionales en las referencias de los artículos principales y se contactó a autores para obtener información faltante.

Los criterios de elegibilidad fueron: (a) recoger percepciones de profesionales en atención temprana; (b) proporcionar información cuantitativa y/o cualitativa sobre

barreras en la provisión de SAT, sin restricciones de diseño; (c) seguir prácticas recomendadas en servicios de AT, especialmente centrados en la familia; (d) dirigirse a niños menores de 6 años; y (e) cumplir estándares de calidad. Se excluyeron artículos no publicados en inglés, anteriores a 2000, o no revisados por pares, pero se revisaron sus referencias y se contactó a los autores si fue necesario.

La calidad de los estudios se realizó con la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT) (Hong et al., 2018). Se incluyeron 1858 publicaciones inicialmente, reducidas a 679 tras eliminar duplicados. De estas, 37 estudios fueron seleccionados para revisión a texto completo. Tres revisores extrajeron la información relevante de forma independiente.

El riesgo de sesgo se minimizó con un acuerdo inicial del 95% entre dos investigadores y la revisión final por un tercer revisor, alcanzando un acuerdo del 100%. La calidad de los estudios fue evaluada, resultando en 21 de alta calidad, 10 moderadamente alta y 6 de calidad media.

Para extraer y analizar los datos, se utilizó la síntesis temática. El texto se codificó inductivamente y se organizó en una estructura teórica de barreras percibidas en ECI con FCS. Se realizó un análisis de co-ocurrencia temática para representar las relaciones entre patrones utilizando el programa MAXQDA (Kuckartz y Rädiker, 2019).

RESULTADOS

Antes de examinar las categorías subyacentes en la investigación sobre barreras, se presentan datos descriptivos de los estudios. La mayoría se realizaron en EE. UU. (54,05%) y se llevaron a cabo principalmente entre 2011 y 2022 (64,87%). Los estudios abarcan información tanto de proveedores de servicios (37 estudios con 5008 participantes). Los estudios tienen una variedad metodológica, con un 45,9% cualitativos, 35,2% cuantitativos y 18,9% mixtos.

Las 39 barreras identificadas se agruparon en 8 dimensiones (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones del estudio

Dimensión	Código	Descriptor
Asociado a la familia (F)	F ₁	
	F ₂	Familias prefieren trabajar directamente con los niños
	F ₃	Falta de comprensión e implicación de la familia en la intervención
	F ₄	Confusión entre los enfoques de salud y comunitario
	F ₅	Características de los cuidadores
	F ₆	Dificultad para dar respuesta a las necesidades y expectativas familiares
	F ₇	Falta de información ofrecida a la familia
		Dificultad en establecer la agenda de visita

Tabla 1. Dimensiones del estudio (continuación)

Dimensión	Código	Descriptor
Asociado al niño (C)	C ₁	Globalidad del niño
	C ₂	Dar respuesta a la complejidad de las necesidades médicas y básicas del niño
	C ₃	El nivel de funcionamiento del niño determina la participación familiar
Asociado al conocimiento y aplicación del enfoque/modelo (K)	K ₁	Falta de comprensión y complejidad en la aplicación del modelo
	K ₂	Falta de formación específica sobre el enfoque
	K ₃	Falta de habilidades para hacer participar a los cuidadores principales en los entornos naturales
	K ₄	Falta de tiempo para hablar con las familias
	K ₅	Dificultad en identificar a los apoyos familiares
	K ₆	Dificultad en trasladar el poder de decisión a las familias
	K ₇	Dificultad en ofrecer apoyo social y emocional
	K ₈	Características individuales del profesional
Asociado a creencias del profesional (B)	B ₁	Inseguridad y dificultad en el rol del proveedor enseñar a las familias
	B ₂	Creer difícil el apoyo a la participación niños en las rutinas familiares con la familia presente
	B ₃	Poca disposición en trabajar entornos naturales, prefiriendo el entorno clínico
	B ₄	Actitudes y comportamientos de los profesionales al perder su rol de expertos
	B ₅	Necesidad de desarrollar sus habilidades prácticas directamente con el niño
Asociado al entorno natural (E)	E ₁	Dificultad en la aplicación intervención en entorno natural
	E ₂	Dificultad en identificar entornos de aprendizaje de los niños
	E ₃	Dificultad en la realización de evaluaciones auténticas
Asociado a la coordinación (T)	T ₁	Dificultad en la coordinación con otros profesionales (falta de tiempo...)
	T ₂	Falta de conocimiento y/o confianza entre los servicios, sobre el trabajo que realizan
	T ₃	Dificultades con los procedimientos del propio centro
	T ₄	Terminología médica empleada en salud
Asociado condiciones laborales (W)	W ₁	Horario laboral (trabajar fuera del horario laboral, jornadas parciales de trabajo...)
	W ₂	Condiciones de los entornos en las visitas domiciliarias (caóticos, inseguros, n ^o personas...)
	W ₃	Alta carga de trabajo (número de familias, poco personal disponible...)
	W ₄	Rotación de profesionales de los servicios
	W ₅	Desplazamientos entre domicilios (tráfico, aparcamiento, tiempo desplazamiento...)
Asociado a la legislación (L)	L ₁	Falta de apoyo gubernamental a las familias
	L ₂	Limitaciones legislativas en la elegibilidad de los niños al servicio
	L ₃	Falta de apoyo y limitaciones administrativas para los servicios
	L ₄	Acceso desigual a los recursos

Barreras percibidas que influyen en la percepción de la calidad de los servicios Familia (F)

Las barreras asociadas a la familia son las más destacadas (k=26). Siendo la falta de comprensión, por parte de las familias, de la necesidad de implicación en la intervención (e.g., Gmmash, Effgen, y Goldey, 2020) y la dificultad que existe para dar respuesta a las necesidades y expectativas de las familias (e.g., García-Grau, Martínez-Rico, McWilliam, y Grau, 2019) dos de las barreras señaladas por un mayor número de estudios (k=14).

Otro factor clave destacado en los estudios (k=11) es la presencia de determinadas características en los cuidadores que actúan como barreras (i.e., idioma, nivel educativo, económico o cultural, la presencia de problemas asociados a la salud mental o situaciones laborales no favorables; e.g., Curtiss et al., 2019).

Niño (C)

Sobre las barreras vinculadas a los menores (k=8) se indican principalmente el tener que ofrecer una respuesta desde los servicios basada en la complejidad de las necesidades médicas y básicas del niño (k=4; e.g., Gmmash, Effgen, y Goldey, 2020) y la influencia que tiene el nivel de funcionamiento del niño en la participación familiar (k=4; e.g., Stewart y Applequist, 2019).

Conocimiento y aplicación del enfoque (K)

Los estudios de esta categoría (k=18) indican que la presencia de escasas habilidades en los profesionales para fomentar la participación de los cuidadores en los entornos naturales (k=17) es una de las principales barreras (e.g., Stewart y Applequist, 2019), seguida por la falta de comprensión y complejidad en la aplicación del modelo (k=10); e.g., Blackburn, 2016), y la escasa formación específica sobre el enfoque en los equipos (k=9); e.g. Iversen, Shimmel, Ciacera, y Prabhakar, 2003).

Creencias de los profesionales (B)

La influencia de las creencias de los profesionales (k=19), siendo la inseguridad del profesional a la hora de enseñar a las familias (k=11; e.g., Dias y Cadime, 2019) y la creencia de la pérdida del rol profesional (k=12; Gràcia et al., 2019), dos de los aspectos más señalados. También subyace la creencia de que es difícil dar apoyo a la participación de los niños en las rutinas familiares estando la familia presente (k=10; e.g., Stewart y Applequist, 2019).

Entorno natural (E)

Sobre la influencia del entorno natural en la percepción de la calidad son pocos estudios los que lo indican como barrera (k=10). Dentro de esta categoría, se registra como principal barrera la dificultad para llevar a cabo la atención en entorno natural (k=7; e.g., Campbell y Sawyer, 2009b) y, además, aunque con menor intensidad, la dificultad para identificar los entornos de aprendizaje de los niños (k=2; e.g., LaForme, McCoy, Chiarello, y Move & PLAY Study Team, 2011) y para la realización de evaluaciones auténticas (k=3; e.g., Mattern, 2014).

Coordinación de los servicios (T)

Las barreras asociadas a la coordinación (k=16) indican que las mayores dificultades radican en la coordinación con otros profesionales (k=9), por ejemplo, por falta de tiempo (e.g., Mattern, 2014) y las vinculadas a los procedimientos y procesos del propio centro de trabajo (k=8; e.g., Schenker, Rigbi, Parush, y Yochman, 2017). Otras dos barreras señaladas son la falta de conocimiento y/o confianza sobre el trabajo que realizan los diferentes servicios vinculados a la atención temprana (k=5) y la terminología específica de la profesión (k=3), en concreto, los estudios señalan este aspecto vinculado al área de salud (e.g., O'Neil, Ideishi, Nixon-Cave, y Kohrt, 2008).

Condiciones laborales (W)

De entre las barreras vinculadas a los temas laborales (k=10), 6 estudios destacan la alta carga de trabajo que presentan los profesionales por atender a un gran número de familias (Ziviani, Darlington, Feeney, Rodger, y Watter, 2013), aspecto asociado al poco personal disponible en algunos de los centros. El horario laboral también se reseña (k=5), indicando los estudios que factores como trabajar fuera del horario laboral o que los profesionales presenten jornadas parciales de trabajo puede ser una barrera (Curtiss et al., 2019).

Legislación (L)

Las barreras vinculadas a los aspectos legislativos propios de cada país se señalan en 12 estudios. La principal barrera es la falta de apoyo y las limitaciones administrativas para acceder a los servicios (k=9), seguida de la falta de apoyo gubernamental a las familias (k=5; e.g., Blackburn, 2016) y el acceso desigual a los recursos (k=3; e.g., Gmmash, Effgen, y Goldey, 2020).

Relación entre las barreras percibidas por los profesionales

La asignación de códigos temáticos a los estudios permite analizar su recurrencia y relación, indicando la frecuencia de aparición de cada código. La Figura 2 muestra que el 59% de los códigos aparecieron más de 30 veces, destacando las barreras relacionadas con la falta de comprensión e implicación de la familia (F2=100), la falta de habilidades para involucrar a los cuidadores principales (K3=93), la dificultad para satisfacer expectativas familiares (F5=25) y la inseguridad de los proveedores en enseñar a las familias (B1=71).

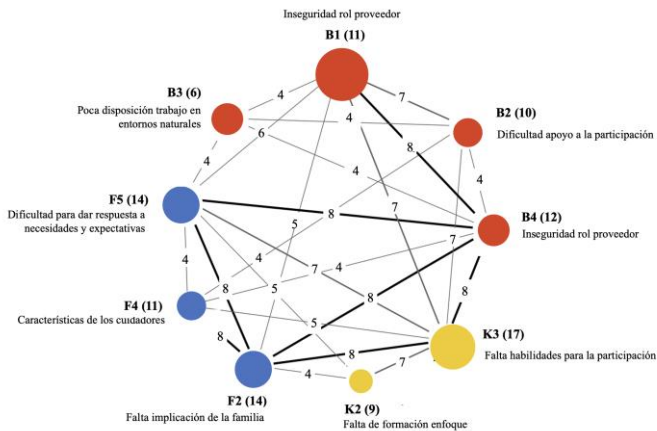
La Figura 2 presenta un modelo de co-ocurrencia de códigos, mostrando las combinaciones más comunes de barreras. Los códigos B4, relacionado con las actitudes de los profesionales al perder su rol de expertos, y F2, sobre la falta de comprensión e implicación familiar, muestran las co-ocurrencias más fuertes. Estos códigos se vinculan con otras barreras como la dificultad para satisfacer expectativas familiares, la falta de habilidades para involucrar a los cuidadores y la inseguridad en el rol del proveedor.

Figura 1. Matriz de proximidad de códigos



Nota: El color y tamaño refleja el recuento de co-ocurrencias de códigos y el color corresponde al "calor" que va del azul (recuentos bajos) al rojo (recuentos altos). Cuanto mayor es el cuadrado de un nodo, más relación existe entre las dos categorías asociadas

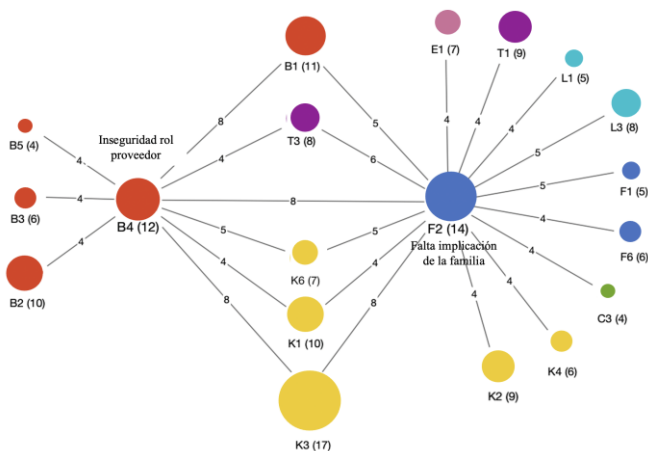
Figura 2. Relación de proximidad entre barreras principales



Nota: La dimensión de los nodos es directamente proporcional a la frecuencia de los códigos encontrados en los estudios, mientras que el grosor de las líneas es representativo del número de relaciones entre códigos identificados

Se ha analizado la co-ocurrencia del código principal (F2) (Figura 3), revelando un modelo de relación entre la falta de comprensión e implicación de la familia (F2) y las actitudes de los profesionales al perder su rol de expertos (B4). Esta relación está mediada por cinco barreras: la inseguridad en enseñar a las familias (B1), la falta de habilidades para promover la participación (K3), la falta de comprensión del modelo (K2), la falta de conocimientos para transferir el poder de decisión a las familias (K6), y dificultades en la coordinación en centros de atención temprana (T3).

Figura 3. Modelo de relación y moderación en las principales barreras: inseguridad rol del proveedor y falta de implicación de la familia



DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Esta revisión proporciona una visión integral de las barreras percibidas por los profesionales en los servicios de atención temprana centrados en la familia. Confirma la existencia de múltiples barreras que afectan la implementación efectiva de estos servicios y destaca la necesidad de analizar cada dimensión propuesta para asegurar su buen funcionamiento. Además, sugiere que las barreras están interrelacionadas y que futuros estudios deben permitir comparaciones mediante definiciones comunes, marcos de tiempo similares e instrumentos de evaluación estandarizados.

Las políticas locales y estatales deberían considerar estos hallazgos para maximizar la efectividad de los programas de Atención Temprana y Comunitaria, garantizando el acceso a los servicios, optimizando recursos, fomentando la formación de proveedores y estableciendo protocolos de calidad para detectar barreras en el desarrollo de servicios centrados en la familia.

La revisión es innovadora al sintetizar estudios cualitativos y cuantitativos, identificando 39 barreras agrupadas en ocho dimensiones. Las principales barreras están relacionadas con la familia, como la falta de comprensión e implicación, las características de los cuidadores y la dificultad para satisfacer sus necesidades. Otros problemas incluyen la percepción de inseguridad de los profesionales, la falta de conocimientos y habilidades para involucrar a los cuidadores, y condiciones laborales desfavorables, como alta rotación de personal y carga de trabajo excesiva.

El análisis de co-ocurrencia revela que 21 barreras están vinculadas a la falta de comprensión e implicación familiar, fundamental para los resultados en las PCF. La preparación profesional para apoyar esta implicación es crucial. Se encontró que la discrepancia entre la práctica ideal y real se debe en gran parte a la falta de formación. La revisión destaca la necesidad de recursos para la formación continua de los profesionales, basada en principios del aprendizaje de adultos. Sin embargo, factores externos como la falta de financiación y problemas legislativos también influyen en la capacidad de los SAT para brindar servicios de alta calidad.

En conclusión, es esencial una intervención coordinada que incluya a todos los actores en la atención temprana, garantizando mejoras sostenibles y efectivas. La implementación de prácticas recomendadas y una formación adecuada son clave para superar las barreras identificadas y mejorar los resultados en los SAT.

La revisión de alcance tiene limitaciones significativas. La heterogeneidad entre estudios impidió realizar un metaanálisis. Se recomienda estandarizar las medidas de percepción de calidad y barreras en futuros estudios cuantitativos para facilitar comparaciones. También es crucial incluir proporciones equilibradas de géneros, clarificar el tipo de proveedores y proporcionar datos detallados para evitar limitaciones en la interpretación y generalización de los resultados.

Para futuras investigaciones, se sugiere estudiar cuantitativamente las relaciones entre las barreras identificadas. A nivel práctico, se recomienda usar un enfoque de investigación-acción, como el IDEAS Impact Framework of TOC, para trabajar en un programa de atención temprana que promueva la reflexión sobre las barreras y otras amenazas. Esta reflexión debería llevar a la elaboración de un plan específico para mejorar los resultados para las familias y los niños, considerando moderadores como características de las familias, profesionales, y el contexto cultural y comunitario, y ajustando las intervenciones según sea necesario.

REFERENCIAS

- Bamm, E.L. y Rosenbaum, P. (2008). Family-Centered Theory: Origins, Development, Barriers, and Supports to Implementation in Rehabilitation Medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(8), 1618–1624. doi: 10.1016/j.apmr.2007.12.034
- Blackburn, C. (2016). Relationship-based early intervention services for children with complex needs: Lessons from New Zealand. *Journal of Children's Services*, 11(4), 330–344. doi: 10.1108/JCS-04-2016-0008
- Campbell, P.H. y Sawyer, L.B. (2009). Changing early intervention providers' home visiting skills through participation in professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(4), 219–234. doi: 10.1177/0271121408328481
- Campbell, P.H., Sawyer, L.B., y Muhlenhaupt, M. (2009). The meaning of natural environments for parents and professionals. *Infants y Young Children*, 22(4), 264–278. doi: 10.1097/IYC.0b013e3181bc4dd4
- Curtiss, S.L., McBride, B.A., Uchima, K., Laxman, D.J., Santos, R.M., Weglarz-Ward, J., y Kern, J. (2019). Understanding provider attitudes regarding father involvement in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 41(2), 147–159. doi: 10.1177/0271121419844829
- Da Silva, A.P. y Serrano, A.M. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professionals' Perceptions. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 263–282. doi: 10.1080/10522158.2013.865426
- Dias, P.C. y Cadime, I. (2019). Child and Family-Centered practices in early childhood education and care services: An empirical study with families and practitioners in Portugal. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 285–294. doi: 10.1007/s10560-019-00599-7
- Dunst, C.J. y Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered practices in early childhood intervention. In B. Reichow, B. A. Boyd, E. E. Barton, y S. L. Odom (Eds.), *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 37–55). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-28492-7_3
- Dunst, C.J., Espe-Sherwindt, M., y Hamby, D. (2019). Does capacity-building professional development engender practitioners' use of capacity-building family-centered practices? *European Journal of Educational Research*, 8(2). doi: 10.12973/eujer.8.2.513
- Dyke, P., Buttigieg, P., Blackmore, A.M., y Ghose, A. (2006). Use of the measure of process of care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred

services in a paediatric disability setting. *Child: Care, Health and Development*, 32(2), 167–176. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00604.x

Edwards, N.M. (2018). The role of mentors in early intervention referrals: Overlooked views of pediatric residency training directors. *Maternal and Child Health Journal*, 22(5), 745–752. doi: 10.1007/s10995-018-2443-z

Escorcia-Mora, C.T., García-Sánchez, F.A., Sánchez-López, M.C., Orcajada-Sánchez, N., y Hernández-Pérez, E. (2018). Early childhood intervention practices in the southeast of Spain: Professionals and families perspective. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(3), Article 3. doi: 10.6018/analesps.34.3.311221

Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., y Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children*, 79(3), 213–230. doi: 10.1177/001440291307900206

Fleming, J.L., Sawyer, L.B., y Campbell, P.H. (2011). Early intervention providers' perspectives about implementing participation-based practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(4), 233–244. doi: 10.1177/0271121410371986

García-Grau, P., Martínez-Rico, G., McWilliam, R.A., y Grau, D. (2019). Early intervention and family-centeredness in Spain: Description and profile of professional practices. *Topics in Early Childhood Special Education*. doi: 10.1177/0271121419846332

García-Ventura, S., Mas, J.M., Balcells-Balcells, A., y Giné, C. (2020). Family-centred early intervention: Comparing practitioners' actual and desired practices. *Child: Care, Health and Development* doi: 10.1111/cch.12834

Gmmash, A.S., Effgen, S.K., y Goldey, K. (2020). Challenges faced by therapists providing services for infants with or at risk for cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 32(2), 88–96. doi: 10.1097/PEP.0000000000000686

Gràcia, M., Simón, C., Salvador-Beltrán, F., Alcocer, A.L.A., Mas, J.M., Giné, C., y Dalmau, M. (2019). The transition process from center-based programmes to family-centered practices in Spain: A multiple case study. *Early Child Development and Care*, 190(14), 2192–2204. doi: 10.1080/03004430.2018.1564916

Hong, Q.N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... y Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. doi: 10.3233/EFI-180221

Hurley, J.J., Looby, W., Goodrum, A.R., Campbell, E.M., Bonti, G.K., Raymon, B.A., ... y Mathews, P. (2018). Early intervention for families and children experiencing homelessness. *Infants y Young Children*, 31(1), 20–36. doi: 10.1097/IYC.000000000000107

Ideishi, R.I., O'Neil, M.E., Chiarello, L.A., y Nixon-Cave, K. (2010). Perspectives of therapist's role in care coordination between medical and early intervention services. *Physical y Occupational Therapy In Pediatrics*, 30(1), 28–42. doi: 10.3109/01942630903337478

Ingber, S. y Dromi, E. (2009). Actual versus desired Family-Centered practice in early intervention for children with hearing loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 59–71. doi: 10.1093/deaf/enp025

- Iversen, M.D., Shimmel, J.P., Ciacara, S.L., y Prabhakar, M. (2003). Creating a Family-Centered approach to early intervention services: Perceptions of Parents and Professionals: *Pediatric Physical Therapy*, 15(1), 23–31. doi: 10.1097/01.PEP.0000051694.10495.79
- Kemp, C. (2020). Research informing practice in early childhood intervention: How hard can it be? *Infants y Young Children*, 33(3), 163–172. doi: 10.1097/IYC.000000000000168
- Kuckartz, U. y Rädiker, S. (2019). *Analyzing qualitative data with MAXQDA*. Springer.
- LaForme, A.C., McCoy, S.W., Chiarello, L.A., y Move & PLAY Study Team. (2011). Comparison of family and therapist perceptions of physical and occupational therapy services provided to young children with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(2), 150–168. doi: 10.3109/01942638.2011.619250
- Litchfield, R. y MacDougall, C. (2002). Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48(2), 105–112. doi: 10.1016/S0004-9514(14)60204-X
- Mandell, C.J. y Murray, M.M. (2009). Administrators' understanding and use of Family-Centered practices. *Journal of Early Intervention*, 32(1), 17–37. doi: 10.1177/1053815109354698
- Mattern, J.A. (2014). A Mixed-Methods study of early intervention implementation in the commonwealth of Pennsylvania: Supports, services, and policies for young children with Developmental Delays and Disabilities. *Early Childhood Education Journal*, 43(1), 57–67. doi: 10.1007/s10643-014-0633-x
- McBride, B.A., Curtiss, S.J., Uchima, K., Laxman, D.J., Santos, R.M., Weglarz-Ward, J., ... y Kern, J. (2017). Father involvement in early intervention: Exploring the gap between service providers' perceptions and practices. *Journal of Early Intervention*, 39(2), 71–87. doi: 10.1177/1053815116686118
- McCarthy, M., Leigh, G., y Arthur-Kelly, M. (2020). Practitioners' self-assessment of Family-Centered practice in telepractice versus in-person early intervention. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(1), 46–57. doi: 10.1093/deafed/ena028
- Meadan, H., Douglas, S.N., Kammes, R., y Schraml-Block, K. (2018). "I'm a different coach with every family": Early interventionists' beliefs and practices. *Infants y Young Children*, 31(3), 200–214. doi: 10.1097/IYC.000000000000118
- Nijhuis, B.J.G., Reinders-Messelink, H.A., de Blécourt, A.C.E., Hitters, W.M.G.C., Groothoff, J. W., Nakken, H., y Postema, K. (2007). Family-centred care in family-specific teams. *Clinical Rehabilitation*, 21(7), 660–671. doi: 10.1177/0269215507077304
- O'Neil, M.E., Ideishi, R.I., Nixon-Cave, K., y Kohrt, A. (2008). Care coordination between medical and early intervention services: Family and provider perspectives. *Families, Systems, y Health*, 26(2), 119–134. doi: 10.1037/1091-7527.26.2.119
- O'Neil, M.E., Palisano, R.J., y Westcott, S.L. (2001). Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. *Physical Therapy*, 81(8), 1412–1424. doi: 10.1093/ptj/81.8.1412
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., ... y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.n71

Salisbury, C.L., Woods, J., y Copeland, C. (2010). Provider perspectives on adopting and using collaborative consultation in natural environments. *Topics in Early Childhood Special Education, 30*(3), 132–147. doi: 10.1177/0271121409349769

Sawyer, B.E. y Campbell, P.H. (2012). Early interventionists' perspectives on teaching caregivers. *Journal of Early Intervention, 34*(2), 104–124. doi: 10.1177/1053815112455363

Schenker, R., Rigbi, A., Parush, S., y Yochman, A. (2017). A survey on parent-conductor relationship: Unveiling the Black Box. *International Journal of Special Education, 32*(2), 387–412.

Schindler, H.S., McCoy, D.C., Fisher, P.A., y Shonkoff, J.P. (2019). A historical look at theories of change in early childhood education research. *Early Childhood Research Quarterly, 48*, 146–154. doi: 10.1016/j.ecresq.2019.03.004

Shannon, P. (2004). Barriers to Family-Centered services for infants and toddlers with developmental delays. *Social Work, 49*(2), 301–308. doi: 10.1093/sw/49.2.301

Silva, A.P. y Pinto, S.C. (2017). The benefits and difficulties in the elaboration and implementation of individual intervention plan in early intervention: The perspectives of Portuguese professionals. *Early Child Development and Care, 189*(6), 965–975. doi: 10.1080/03004430.2017.1359581

Stewart, S.L. y Applequist, K. (2019). Diverse families in early intervention: Professionals' views of coaching. *Journal of Research in Childhood Education, 33*(2), 242–256. doi: 10.1080/02568543.2019.1577777

Su, H., Llewellyn, G., Yi, Y., Gao, Y., y Liu, J. (2021). The feasibility of family-centred early intervention for children with disabilities in mainland China: Practitioners' perceptions. *Child: Care, Health and Development, 47*(6), 869–876. doi: 10.1111/cch.12898

Vilaseca, R.M., Galván-Bovaira, M.J., González-del-Yerro, A., Baqués, N., Oliveira, C., Simó-Pinatella, D., y Giné, C. (2018). Training needs of professionals and the Family-Centered approach in Spain. *Journal of Early Intervention, 41*(2), 87–104. doi: 10.1177/1053815118810236

Ziviani, J., Darlington, Y., Feeney, R., Rodger, S., y Watter, P. (2013). Service delivery complexities: Early intervention for children with physical disabilities. *Infants y Young Children, 26*(2), 147–163. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182854224

CAPÍTULO 13

PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN ECOSISTÉMICO PARA LA INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ECUADOR

SHIRLEY JEANNET ARIAS-RIVERA* Y ROCÍO LAGO URBANO**

**Universidad Loyola Andalucía; **Universidad de Huelva*

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un problema social de gran magnitud que afecta de manera desproporcionada a las mujeres en diversas partes del mundo. El informe de la Red Latinoamericana contra la Violencia de Género (2020), arroja cifras preocupantes en materia de violencia de género en el Ecuador, entre ellas la concreción de 123 feminicidios en 2020. De acuerdo con estos datos, una mujer, niña o adolescente es víctima de violencia feminicida cada 72 horas. En el 74% de los casos, los victimarios están dentro del ámbito familiar o afectivo de las mujeres. Esto provocó que al menos 98 niños, niñas o adolescentes quedaran huérfanos y sin acceder a una reparación inmediata.

Desde otra mirada, sólo entre enero y marzo de 2020, el Servicio Integrado de Seguridad-ECU 911 (2022) (de respuesta inmediata e integral ante emergencias en el territorio ecuatoriano, respondió a más de 70.000 llamados de auxilio por violencia en el hogar. De acuerdo con un reporte difundido por la Fiscalía General del Ecuador (2021), para el 2020, 65 de cada 100 mujeres han sido víctimas de violencia en algún área de su vida: cerca del 43% en el ámbito personal, por parte de sus parejas, y 33% en el ámbito laboral. Lo que coloca a la VG como un problema de gran magnitud en el territorio ecuatoriano.

Se ha definido la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, las niñas y las defensoras de los derechos de la mujer" incluyendo las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (ONU Mujeres, 2022).

Cuando se habla de violencia de género también es importante revisar lo que implica la equidad de género. Zamudio-Sánchez, Ayala-Carrillo, y Arana-Ovalle (2014) afirman categóricamente que, a nivel global, ningún país puede aseverar que existe equidad entre los géneros, aunque reconoce que se realizan esfuerzos importantes.

Zamudio-Sánchez, Ayala-Carrillo, y Arana-Ovalle (2014) definen la equidad de género como: El trato imparcial entre mujeres y hombres de acuerdo con sus

necesidades respectivas ya sea con un trato equitativo o con uno diferenciado pero que se considera equivalente en lo que se refiere a los derechos, beneficios, obligaciones y posibilidades. Por lo tanto, para que haya igualdad de género debe haber una equidad de género (p. 52).

La equidad de género por tanto no solo implica el cese de la violencia sino además la igual entre los géneros.

La VG requiere un análisis ecosistémico que comprenda el circuito de la violencia desde diferentes niveles.

A nivel Micro sistémico

Factores individuales

Considera características individuales como la historia personal, traumas previos, salud mental y emocional, así como el uso de sustancias. Estos factores pueden influir en la vulnerabilidad tanto de las personas que perpetran como de las que sufren la violencia de género.

Relaciones del sistema familiar

Se enfoca en las dinámicas de poder dentro de las relaciones íntimas y familiares. La violencia puede manifestarse como un medio para controlar, dominar o ejercer poder sobre la pareja, reflejando desequilibrios de poder basados en el género.

A nivel Exo sistémico

Entorno comunitario

Involucra el papel de las comunidades y redes sociales en la prevención y respuesta a la violencia de género. La falta de apoyo social, el estigma asociado con denunciar o buscar ayuda, y la presión para mantener la privacidad son aspectos críticos que pueden perpetuar el ciclo de violencia.

A nivel Macro sistémico

Contexto social y cultural

La violencia de género se entiende como un problema arraigado en normas sociales y culturales que perpetúan desigualdades y estereotipos de género. Estos incluyen roles tradicionales, expectativas y prácticas que subordinan a las mujeres y promueven la dominación masculina.

Sistema legal y estructural

Examina cómo las leyes, políticas públicas y sistemas judiciales responden a la violencia de género. La efectividad de estas respuestas varía significativamente y

puede estar influenciada por barreras como la falta de recursos, la corrupción, el sesgo de género y la falta de acceso a la justicia para las víctimas.

El análisis de qué hace cada cual en los momentos previos a la violencia y cuando ésta surge, cómo cada personaje interacciona con los otros, y qué consecuencias tiene en los participantes, ofrece un panorama amplio de las relaciones dentro y fuera del sistema familiar. De esta forma se evitan los sesgos previos en los que cada personaje parecía actuar por su propia cuenta y riesgo (Garrido y García-Cubillana, 2015, p. 3).

Este enfoque integral busca abordar la violencia de género desde una perspectiva holística, reconociendo la interacción compleja entre estos diferentes niveles y promoviendo intervenciones que consideren estos múltiples factores para lograr un cambio efectivo y sostenible. Por ello la intervención en violencia debe considerar a los y las participantes en el patrón relacional violento y en materia de prevención debe asistir a las familias como principal agente de socialización, transmisión y construcción cultural.

Al respecto se ha escrito que si los niños son expuestos a la observación de actos de violencia es muy probable que imiten esos comportamientos. Si, además, al imitar esos comportamientos obtienen un “beneficio y son premiados socialmente” existe una alta probabilidad de reproducir estos actos (Chaux, 2003, p.2). En este mismo sentido, los fenómenos de determinaciones sociales como la violencia necesitan acciones que promuevan cambios en la producción y reproducción social que los perpetúan.

Los programas sociales deben tener marcos teóricos robustos y categorías conceptuales como el género y generacionales que permitan atender la violencia como fenómeno histórico, social, dialéctico y dinámico, estrechamente relacionado con la desigualdad social, incluida la desigualdad de género y la desigualdad intergeneracional (Caudillo, Hernández, y Flores, 2017; Macedo y Egry, 2021).

¿Qué es la gestión en Servicios Sociales?

La gestión directa de servicios públicos se define como la provisión de estos servicios utilizando los recursos materiales y humanos propios de la administración competente, sin importar la forma jurídica adoptada, ya sea una entidad personificada o no, pública o privada (Villar-Rojas, 2005). Este enfoque permite a las administraciones públicas mantener un control más riguroso sobre la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos, asegurando que estos se alineen con las políticas y objetivos gubernamentales establecidos.

En este contexto, diversos autores han resaltado la importancia de incorporar principios de estrategia empresarial en la gestión de servicios públicos para mejorar su calidad y eficiencia. Blackstone y Fuhr (2007) argumentan que aplicar estos principios, comúnmente utilizados en el sector privado, puede optimizar la gestión de

recursos y mejorar los resultados en la atención sanitaria. Esto incluye la implementación de técnicas de gestión de calidad total, reingeniería de procesos y análisis de costo-beneficio, que son fundamentales para maximizar la eficiencia y la eficacia de los servicios prestados.

Porter y Olmsted-Teisberg (2006) proponen que la adopción de una perspectiva estratégica en la gestión de la atención sanitaria no solo mejora la calidad del servicio, sino que también puede reducir costos a largo plazo. Su análisis sugiere que una mayor competencia basada en el valor y la eficiencia en la prestación de servicios de salud puede conducir a mejores resultados tanto para los pacientes como para las instituciones.

Además, Juran (1988) ha enfatizado la relevancia de la gestión de calidad total en los servicios públicos, incluyendo la atención sanitaria. Juran postula que la implementación de estándares de calidad y la mejora continua son esenciales para cumplir con las expectativas de los ciudadanos y asegurar la sostenibilidad de los servicios a lo largo del tiempo. Estas prácticas, adaptadas del sector empresarial, pueden ser cruciales para enfrentar los desafíos crecientes en la administración pública.

Por último, Berwick (2013) y Batalden (1993) han sido defensores destacados de la mejora de la calidad en el sistema de salud mediante la adopción de metodologías de mejora continua. Estos autores destacan que la integración de prácticas de mejora de calidad en los servicios públicos no solo beneficia a los usuarios, sino que también fortalece la confianza en las instituciones públicas. En suma, la convergencia de enfoques empresariales y administrativos en la gestión directa de servicios públicos, particularmente en la atención sanitaria, puede generar un sistema más robusto, eficiente y centrado en el bienestar de la población.

Diferencias Fundamentales en la definición de Gestión de Calidad entre la Atención de Servicios Sociales y el Entorno Empresarial

La definición de calidad de la atención de los servicios sociales difiere significativamente de la calidad en el ámbito empresarial. Mientras que en el entorno empresarial la calidad está estrechamente vinculada a la percepción del cliente, en el modelo de servicios sociales se introduce la dimensión de la calidad técnica, que es autónoma de la percepción del usuario. En algunas situaciones, satisfacer los deseos del usuario puede resultar en una calidad técnica deficiente.

Esta dinámica también se observa en los servicios sanitarios, donde las demandas específicas de los usuarios pueden ser contraproducentes desde una perspectiva técnica.

En esta misma línea, Donabedian (1993) expresa que existen dos modelos de garantía de calidad: el modelo de atención a la salud y el modelo industrial. El modelo

de atención a la salud requiere acomodar un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Esto implica atender los intereses de los individuos de manera técnicamente adecuada, lo que a veces puede contradecir sus deseos. Además, es crucial evitar actitudes paternalistas y mejorar la capacidad de los ciudadanos para alinear sus expectativas con las técnicas más adecuadas. Aspecto que también puede ser aplicado a los servicios sociales.

Los profesionales de los servicios también tienen responsabilidades hacia la sociedad, que incluyen objetivos relacionados con los derechos humanos como es la salud, la educación y el bienestar social, entre otros. Estos objetivos trascienden las necesidades individuales y se convierten en demandas sociales más amplias. Las implicaciones éticas y la equidad en la distribución de recursos escasos son consideraciones importantes, así como la gestión de la relación entre costos y calidad. Donabedian (1993) destaca que la atención a la salud, siendo un bien tanto público como privado, debe armonizar las preferencias individuales con los intereses sociales.

Otra diferencia clave entre la calidad en la gestión empresarial y la prestación de servicios es que, mientras la primera busca reducir costos, la segunda implica un aumento del gasto. La afirmación de que "la calidad es rentable" no siempre se aplica en el contexto de servicios sociales, donde la rentabilidad es de carácter social y el incremento de gastos es necesario para mejorar la calidad del servicio. Esto incluye inversiones en formación, tiempo dedicado a cada usuario, mayor accesibilidad al servicio y otros recursos necesarios para una atención de calidad.

Marcos Conceptuales Globales de la Gestión de Servicios Sociales

La Gestión de los Servicios Sociales implica varios marcos conceptuales que guían cómo se planifican, ejecutan y evalúan estos servicios. Los principales enfoques incluyen los (a) Derechos Humanos, el (b) Enfoque Sistémico y el (c) Modelo de Bienestar Social. En materia de intervención en delitos, el enfoque más utilizado actualmente es el de (d) Justicia Restaurativa.

Enfoque de Derechos Humanos

Centra la gestión de servicios sociales en el cumplimiento y la promoción de los derechos humanos básicos. Prioriza la dignidad, la igualdad y el respeto en el trato a los beneficiarios.

Enfoque Sistémico

Considera todos los factores que afectan a los individuos y a sus comunidades. Este enfoque busca entender las interacciones entre diferentes sistemas (familiares, comunitarios, económicos, etc.) y cómo estos impactan en los individuos.

Modelo de Bienestar Social

Este marco se enfoca en maximizar el bienestar general mediante la provisión de redes de seguridad y apoyos que permitan a los individuos desarrollarse y vivir de manera autónoma y segura.

Modelo de Justicia Restaurativa

La justicia restaurativa es un enfoque de justicia que se centra en la reparación del daño causado por un delito, más que en la aplicación de un castigo al delincuente. Este enfoque busca involucrar a todas las partes afectadas (víctimas, delincuentes y la comunidad).

Con estos antecedentes, el objetivo de este trabajo fue diseñar una propuesta de un Modelo de Gestión Ecosistémico para la Intervención en la Violencia de Género.

MÉTODO

Con la idea de que este modelo responda a las necesidades sociales percibidas por aquellos que demandan la atención, se decidió realizar este proyecto con metodología cualitativa, la cual es útil para estudiar fenómenos complejos en contextos específicos (Patton, 2014) y además porque proporciona información valiosa de los informantes clave lo cual es crucial para diseñar intervenciones basadas en una evaluación detallada de las necesidades (Maxwell, 2013). Creswell (2014) señala que informantes clave son aquellos individuos dentro de un grupo o una organización que desempeñan roles centrales en la comunicación, la toma de decisiones, o tienen un conocimiento profundo y relevante sobre el tema en cuestión.

Dada las características de la información que se pretendía recopilar, se consideró que la mejor estrategia era la selección intencionada basada en los datos disponibles en un servicio de atención a mujeres víctimas de VG. Así los criterios de inclusión de esta muestra por conveniencia serían: 2 usuarios /as de los diferentes programas con al menos 6 meses de participación; 2 profesionales/técnicos con al menos 1 año de experiencia en la implementación de proyectos, 2 administradores con responsabilidad y tareas de gestión con al menos 1 año en el cargo.

Para el análisis de la información recopilada se planificó la creación del libro de códigos. Un libro de códigos es un documento que compila de manera organizada y sistemática las categorías o temas emergentes identificados durante el análisis de datos cualitativos. En la aproximación inductiva, los temas no se predefinen, sino que se desarrollan a partir de los datos mismos, reflejando las perspectivas y significados expresados por los participantes. Se incluyeron en este estudio 6 informantes clave: 2 usuarios de programas que brinden información que permita comprender la experiencia y su percepción sobre el acceso y la calidad de los servicios recibidos; así

como a profesionales/técnicos que implementen programas de intervención en violencia intrafamiliar o de género para identificar las prácticas, estrategias y dificultades que enfrentan.

RESULTADOS

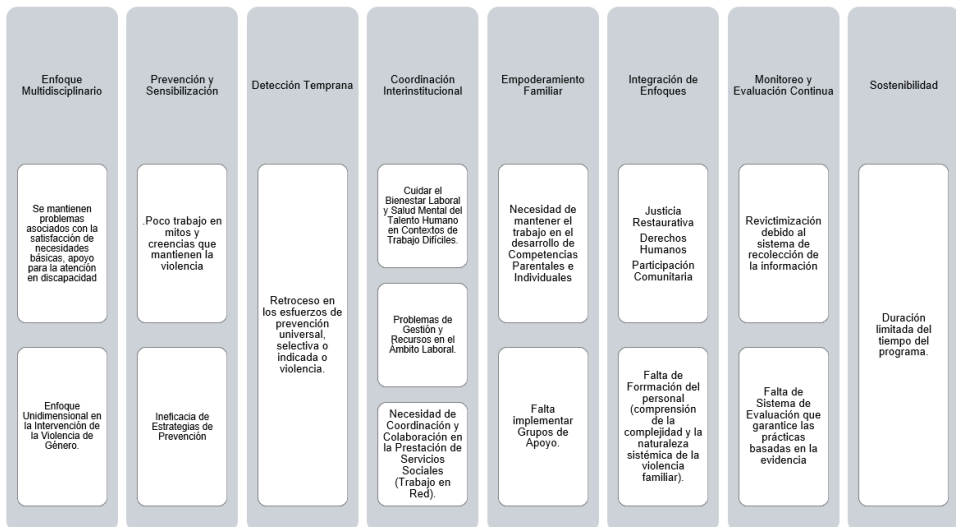
Modelo de gestión ecosistémico para la intervención en casos de violencia de género

Un modelo de gestión ecosistémico es un enfoque que reconoce la interdependencia y complejidad de los sistemas naturales y sociales, y busca gestionarlos de manera integrada y sostenible. Este enfoque se basa en la comprensión de que los diferentes componentes de un sistema están interconectados y que cualquier acción o cambio en un área influye en el funcionamiento de otras áreas. Con relación a la atención de casos de violencia de género, un modelo de gestión ecosistémico consideraría no solo los aspectos individuales de cada caso, como pueden ser las necesidades de las personas agredidas y víctimas y las acciones de los agresores, sino también los factores contextuales que contribuyen a la violencia de género. Estos factores incluyen aspectos culturales, sociales, económicos, demográficos, políticos e institucionales que influyen en la prevalencia y la respuesta efectiva o no a la violencia de género.

La estructura de este modelo de gestión debería considerar algunos aspectos en base a la información y experiencias recogidas de los informantes clave.

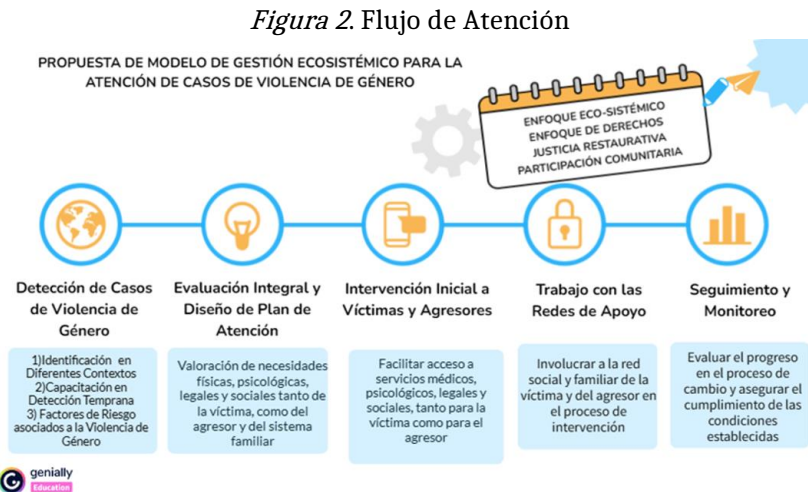
Estos aspectos se describen en la Figura 1.

Figura 1. Aspectos estructurales del modelo demandados por los informantes clave



Flujo de atención en el Modelo de Gestión Ecosistémico

El flujo de atención que se propone (Ver Figura 2) incluye los siguientes pasos:



La Detección de Casos de Violencia de Género, que incluya 3 actuaciones

La primera relacionada con la reacción ante las denuncias existentes. La segunda centrada en la prevención y detección temprana de la violencia de género en los diferentes contextos (hogar, comunidad, trabajo, etc.), que implica la formación especializada a profesionales en diferentes campos (salud, educación, justicia, etc.) para que puedan identificar signos de violencia de género y proporcionar una respuesta adecuada y sensible a las necesidades de las víctimas. La tercera que implica desarrollar sistemas para identificar y abordar los factores de riesgo asociados con la violencia de género, como el desempleo, la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud mental, el abuso de sustancias y la falta de redes de apoyo.

La Evaluación Integral y Diseño de Plan de Atención Individualizado y Familiar

La evaluación incluye la valoración de necesidades físicas, psicológicas, legales y sociales que han contribuido en el desarrollo del comportamiento violento (desempleo, pobreza, falta de acceso a servicios, falta de redes de apoyo, abuso de sustancias, enfermedades crónicas, etc.). Esta valoración deberá ejecutarse en coordinación con profesionales de diferentes disciplinas y asegurar que la víctima solo de su testimonio una sola vez para evitar la revictimización. El plan de atención diseñado deberá adaptarse a las necesidades de la víctima, del victimario y del sistema familiar en general que seguramente tendrá consecuencias por vivir estos comportamientos violentos. Hacemos hincapié en realizar una evaluación completa del victimario para comprender los factores individuales, familiares, sociales y

culturales que contribuyen a su comportamiento violento. Esto puede incluir antecedentes de trauma, problemas de salud mental, patrones de relaciones interpersonales, y creencias y actitudes hacia la violencia y el género.

Intervención Inicial

Aunque es importante adaptar las intervenciones a la situación y las circunstancias únicas de cada caso, se considera que en relación con las víctimas se debe incluir medidas de protección y seguridad, apoyo emocional, la promoción del empoderamiento familiar a través de la información y acceso a recursos para que puedan tomar decisiones informadas sobre su seguridad y bienestar. Esto puede incluir entre otros, la capacitación en habilidades de autodefensa, la educación sobre derechos legales y la promoción de la autonomía económica. Es importante además identificar la responsabilidad personal en el mantenimiento de la violencia y trabajar en la modificación de estos comportamientos. En el caso de los agresores es esencial adoptar las medidas que se consideren necesarias para detener la violencia, la intervención psicológica centrada en áreas como el manejo de la ira, habilidades de comunicación, resolución de conflictos, desarrollo de empatía, la promoción de la responsabilidad personal en la violencia y el reconocimiento del impacto de su comportamiento en las víctimas y en la comunidad, la reparación del daño causado y el compromiso de cambiar las conductas violentas. Finalmente, no se puede olvidar el desarrollo de estrategias para la prevención de recaídas, incluyendo el desarrollo de habilidades de afrontamiento, la identificación de factores de riesgo y la creación de un plan de acción para situaciones de alto riesgo.

Trabajo con las Redes de Apoyo

Implica involucrar a la red social y familiar de la víctima y del victimario en el proceso de intervención, proporcionando apoyo y recursos para facilitar el cambio de comportamiento y promover relaciones saludables.

Seguimiento y Monitoreo

Proporcionar seguimiento y monitoreo continuo para evaluar el progreso en el proceso de cambio y asegurar el cumplimiento de las condiciones y restricciones establecidas, según el caso, como órdenes de alejamiento o participación en programas de intervención y prevención de recaídas. Esto implica que los programas de atención amplíen su duración en el tiempo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Este trabajo tuvo como objetivo diseñar un Modelo de Gestión Ecosistémico para la Intervención en la Violencia de Género en Ecuador. El Modelo propuesto consta de 5 pasos que abordan de manera integral la intervención en VG; es importante señalar que existen factores críticos que pueden contribuir al éxito o al fracaso del modelo, estos son: la cooperación interinstitucional, la accesibilidad y la calidad de los servicios de apoyo a las víctimas y a los abusadores, y la sensibilidad cultural de los programas implementados.

Es esencial resaltar que este modelo es solo una propuesta de partida, la misma que debe ser contrastada con otras investigaciones de alcance longitudinal y metodología cuantitativa, con muestras estadísticamente representativas para que sus resultados puedan extrapolarse a toda la población. Desde otra perspectiva, la futura implementación de este modelo, luego de un proceso de validación antes señalado, debe ir acompañada de programas de prevención donde se evidencie cómo las normas culturales y sociales que justifican la violencia de género contribuyen a su mantenimiento.

Estos programas deben centrarse en la educación y la concienciación para cambiar las actitudes y comportamientos que perpetúan la violencia de género. La prevención es una estrategia clave que puede reducir significativamente la incidencia de la violencia a largo plazo.

Además, siguiendo el principio ecosistémico de que el cambio es inevitable, se debe señalar que tanto las autoridades, administradores y profesionales involucrados en la intervención de la violencia deben reconocer que la gestión de cada caso está inmersa en una gama de incertidumbres y posibles situaciones no consideradas.

Por tanto, es importante contar con planes que permitan la adaptación a cada caso. Se debe recordar que se abordan casos con diferentes vulnerabilidades (familias multiproblemáticas) y, por tanto, las respuestas deben cubrir diferentes niveles (microsistémico, mesosistémico, macrosistémico). La capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes y las necesidades específicas de cada caso es crucial para la efectividad de las intervenciones.

Por otro lado, no se puede dejar de considerar que existen barreras y facilitadores en la ejecución del modelo, incluyendo resistencias locales, recursos económicos, y la capacitación del personal involucrado; aspectos que se deben tomar en cuenta a la hora de implementarlo.

Las resistencias locales pueden surgir de la desconfianza o la falta de comprensión del modelo propuesto. Los recursos económicos son esenciales para la sostenibilidad del modelo, y la capacitación del personal es crucial para asegurar que los profesionales estén bien equipados para implementar las intervenciones de manera efectiva.

La implementación exitosa de un modelo de gestión ecosistémico requiere de una comprensión profunda de las dinámicas locales, una colaboración efectiva entre diversas instituciones, y un compromiso continuo con la adaptación y la mejora de las estrategias de intervención. Este modelo tiene el potencial de mejorar significativamente la respuesta a la violencia de género, beneficiando a las víctimas, a los profesionales y a la comunidad en general.

REFERENCIAS

- Batalden, P.B. y Stoltz, P.K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424–452. doi: 10.1016/s1070-3241(16)30025-6
- Berwick, D. (2013). *Promising Care: How We Can Rescue Health Care by Improving It* (1st ed.). Wiley. Recuperado el 15 de junio del 2024 de <https://www.perlego.com/book/1000849/promising-care-how-we-can-rescue-health-care-by-improving-it-pdf>
- Blackstone, E.A. y Fuhr, J.P. (2007). Redefining health care: Creating value-based competition on results. *Atlantic Economic Journal*, 35, 491–501. doi: 10.1007/s11293-007-9091-9
- Caudillo, L., Hernández, M.T., y Flores, M.L. (2017). Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género. *Ra Ximhai*, 13(2), 87–96. doi: 10.35197/rx.13.02.2017.07.lc
- Chaux, E. (2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales*, 15, 47–58. doi: ISSN-e0123-885X
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Donabedian, A. (1993). Conferencia magistral. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública de México*, 35(3), 238–247. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635302>
- Fiscalía General del Estado Ecuatoriano. (2021). *Ecuador: Las cifras del femicidio*. Recuperado el 27 de diciembre del 2023 de <https://www.fiscalia.gob.ec/estadisticas-fge/>
- Fiscalía General del Estado Ecuatoriano. (2022). *Rendición de cuentas: Fiscalía Provincial de Orellana*. Recuperado el 12 de marzo del 2024 de: <https://www.fiscalia.gob.ec/transparencia/2023/rendicion-de-cuentas/Orellana/Informe.pdf>
- Garrido, M. y García-Cubillana, P. (2015). Aportaciones de los modelos sistémicos para la comprensión de la violencia familiar. En E. Edebé (Ed.), *Violencia en la familia* (pp. 89–107). Universitat Ramon Llull.
- Juran, J. (1988). *Juran's Quality Control Handbook* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Macedo, C.M. y Egrý, E.Y. (2021). Conceptual frameworks for programs addressing violence against children: A scoping review. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55, 1–11. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0182
- Maxwell, J.A. (2013). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach* (3rd ed.). Sage Publications.

ONU Mujeres. (2022). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. Recuperado el 14 de enero del 2024 de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Patton, M. (2014). *Qualitative Research y Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th ed.). Sage Publications.

Porter, M. y Olmsted-Teisberg, E. (2006). Redefining health care: Creating value-based competition on results. *BMJ*, 333(7571), 760. doi: 10.1136/bmj.333.7571.760

Red Latinoamericana contra la Violencia de Género. (2020). *Mapa Latinoamericano de Femicidios*. *MundoSur*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/documents/issues/women/wrgs/protocololatinoamericanodeinvestigacion.pdf>

Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. (2022). *Información estadística del ECU 911*. Recuperado el 16 de febrero del 2024 de: <https://www.ecu911.gob.ec/#!>

Villar-Rojas, F.J. (2005). Formas de gestión de los servicios sociales. En particular, la vinculación de gestores privados al sistema público mediante conciertos y convenios. *Documentación Administrativa*, 271-272. doi: 10.24965/da.v0i271-272.5677

Zamudio-Sánchez, F.J., Ayala-Carrillo, M.D.R., y Arana-Ovalle, R.I. (2014). Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 22(44). doi: 10.24836/es.v22i44.149

CAPÍTULO 14

PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA: DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN EL MODELO PEACE, DIRIGIDA A ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁMBITO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

ARIADNA MARÍA DE LA VEGA CASTELO*
Y MARÍA DEL SEQUEROS PEDROSO CHAPARRO**

**Universidad Rey Juan Carlos; **Universidad a Distancia de Madrid-UDIMA*

INTRODUCCION

Estado actual de la cuestión

El edadismo hace referencia a los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas debido a su edad, especialmente hacia las personas mayores (World Health Organization, 2022). La presencia de estereotipos edadistas es frecuente en profesionales de la salud (Schroyen et al., 2018) encontrándose también esta alta prevalencia en sanitarios españoles (Iglesias-Gómez et al., 2022). Esto conlleva implicaciones negativas tales como amplificación de problemas de salud y de costes en los sistemas sanitarios (Levy et al., 2020). Así mismo, se encuentra que entre un 20% y hasta un 94% (en función de la creencia concreta) de los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud (futuros y futuras profesionales en la sanidad) de universidades españolas, presentan diferentes tipos de creencias edadistas (Chamorro, 2014).

Se trata de un problema de especial relevancia, dado que, uno de los desafíos más importantes que enfrentamos como sociedad, es el reto demográfico planteado por el incremento de la longevidad de la población, tal y como ha señalado la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2022). Así mismo, Naciones Unidas remarcó la importancia del tema al incluir en diciembre de 2020 el objetivo del Decenio del Envejecimiento Saludable (UN Decade of Healthy Ageing) dentro de su Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (UN General Assembly, 2015). Igualmente, desde el Instituto para la mejora de la Asistencia Sanitaria (Institute for Healthcare Improvement), también se indicó la necesidad de crear “Sistemas de Salud más Amigables con los Mayores” (“Age-Friendly Health Systems”) con el objetivo de mejorar la atención sanitaria de las personas mayores (Pelton et al., 2017).

Dentro de las estrategias para luchar contra este problema, el Modelo PEACE de Sheri R. Levy (2018), identifica dos áreas de trabajo para modificar las creencias estereotipadas hacia la vejez: educación sobre envejecimiento y contacto intergeneracional positivo. Las intervenciones basadas en este modelo han demostrado mediante diseño experimental aleatorizado, ser efectivas para combatir el edadismo (Lytle y Levy, 2019). Y aunque ambas estrategias son efectivas de manera independiente (Lorente, Brotons, y Sitges, 2020), la combinación de ambas (educación y relación intergeneracional), parece ser la estrategia más eficaz para disminuir la exclusión, el estigma y el edadismo (Zorzo, 2023).

Iniciativas llevadas a cabo por universidades españolas contra esta problemática

Aunque las Universidades españolas incluyen iniciativas loables para generar experiencias de encuentro e intercambio intergeneracional, este tipo de iniciativas no se acompañan de estudios de investigación que demuestran empíricamente la eficacia de su puesta en marcha. Por ejemplo, el “Programa Convive” (Universidad Rey Juan Carlos, 2022) es una iniciativa de seis universidades madrileñas y de la ONG Solidarios para el Desarrollo que permite a jóvenes y mayores compartir vivienda para generar una experiencia de encuentro e intercambio. Igualmente, el “Programa de Acercamiento Intergeneracional” (Universidad de Burgos, 2004), llevado a cabo por la Universidad de Brugos mediante un convenio de colaboración suscrito por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León y el Ayuntamiento de Burgos, incluye iniciativas como alojamientos compartidos, concursos, talleres o paseos para favorecer el contacto intergeneracional.

Por otro lado, entre los programas intergeneracionales llevados a cabo por universidades españolas para combatir estereotipos edadistas entre sus estudiantes, y que sí realizan investigaciones para demostrar empíricamente su eficacia, se encuentran programas como “Acompaña-Té” (Rodes, Martínez, y Maciá, 2020) realizado en la Universidad Miguel Hernández con estudiantes de Periodismo, Psicología, Comunicación Audiovisual, Terapia Ocupacional, Ciencias Políticas y Trabajo Social. Así mismo, se encuentra el programa intergeneracional llevado a cabo en colaboración por la Universidades de Granada y la Universidad de Jaén con estudiantes de primer año de Trabajo Social (Elliott y Rubio, 2017). Sin embargo, ninguno de estos programas mencionado se dirige de manera específica a estudiantes de grados o postgrados de Ciencias de la Salud. Estos programas se ofrecen como iniciativas de voluntariado y no dentro de alguna asignatura obligatoria del currículum docente del grado que cursen los estudiantes universitarios.

Más recientemente, el proyecto “Jue-go” (San-Martín-Gamboa et al., 2023) llevado a cabo por la Facultad medicina y enfermería de la Universidad de El País Vasco, analiza el impacto de una intervención para la reducción de prejuicios y estereotipos edadistas en estudiantes de ciencias de la salud (de enfermería y medicina) combinando educación sobre envejecimiento con práctica clínica en enfermería. Sin embargo, a pesar de que este programa sí se encuentra específicamente dirigido a futuros profesionales sanitarios, no cuenta (como tampoco ninguno de los otros proyectos anteriormente mencionados) con recursos docentes en abierto que faciliten el acceso y uso por parte de la comunidad educativa de esos mismos recursos formativos. Esto dificulta replicar y comparar resultados de iniciativas puestas en marcha por diferentes universidades, suponiendo un obstáculo para la difusión de estos programas. Así mismo, dificultan poder recoger muestras más representativas, lo que superaría la limitación del pequeño tamaño muestral que encontramos en todos los programas mencionados.

Objetivos del proyecto

Objetivo general: Diseñar y validar una intervención basada en el modelo PEACE (Levy, 2018) que incluya materiales docentes de formación en abierto y contacto intergeneracional, con el objetivo de favorecer una visión menos estereotipada de las personas mayores y del envejecimiento en estudiantes del ámbito de las ciencias de la salud, futuros profesionales sanitarios.

Objetivos secundarios: comprobar la eficacia del curso de formación, y, comprobar si el mismo es más eficaz al añadir el contacto intergeneracional (atendiendo a los dos componentes del modelo PEACE de Leavy, 2018). Así mismo, facilitar la replicabilidad del programa en diferentes poblaciones de estudiantes de Ciencias de la salud, así como en diferentes países.

MÉTODO

Viabilidad del proyecto

El proyecto expuesto en el presente trabajo ha sido financiado mediante convocatoria competitiva por Centro de Innovación en Educación Digital (CIED) de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, (URCJ), código PIE24_141. Título del proyecto: “Acciones con valores: Hacia una sociedad y un sistema de salud más amigable con las personas mayores a través de la formación de futuros profesionales sanitarios en creencias no edadistas.”

Población a la que va dirigida el proyecto

Alumnos de la asignatura Obligatoria de Bases de la Autonomía Personal y Funcional del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (URJC). Si bien se pretende seguir recogiendo datos en siguientes cursos académicos, así como en otras titulaciones de Ciencias de la Salud de distintas Universidades españolas.

Actividades a realizar por parte del alumnado que participa en el programa

El alumnado, al comienzo de las prácticas de la asignatura, recibirá en clase información de manera presencial sobre el proyecto de innovación docente. El proyecto además se encuentra recogido en la guía docente de la asignatura. A continuación, tras haber resuelto todas las dudas que planteen sobre el proyecto o sobre en qué consiste su participación, se procederá a la firma del consentimiento informado del que los/las estudiantes se quedarán una copia.

A continuación, a través de una encuesta online que se facilitará mediante el campus virtual de la asignatura, se contestará de manera anonimizada a un protocolo de evaluación que incluye cuestionarios tipo test con propiedades psicométricas adecuadas, para tener una medida del nivel basal de variables a evaluar como el nivel de estereotipos hacia la vejez que presentan antes de su participación en el programa.

Tras contestar el protocolo pre, realizarán el curso de formación online especialmente diseñado por expertos para este proyecto, y que cuenta con contenido audiovisual que tiene como objetivo modificar creencias erróneas sobre el proceso de envejecimiento y dotar de habilidades y estrategias necesarias para el correcto trato asistencial de las personas mayores por parte de los profesionales sanitarios. A continuación, dentro las prácticas de la asignatura tendrán que realizar una práctica que consiste en un informe a realizar de manera individual, en el que deben diseñar alguna campaña o iniciativa que fomente una visión no estereotipada de las personas mayores y combata el edadismo. Esta actividad, de manera opcional, podrán diseñarla en colaboración con una persona mayor de 65 años de su entorno para facilitar de este modo una actividad que implique un contacto intergeneracional positivo.

Finalmente, una vez concluido con aprovechamiento el curso de formación online realizado por expertos, y llevada a cabo la práctica (que implique o no contacto intergeneracional), se aplicará de nuevo el protocolo de evaluación para poder comprobar empíricamente el cambio producido por la participación en el programa.

Materiales y recursos disponibles

El proyecto contará como material docente en abierto con un curso de formación online titulado “Competencias actitudinales y habilidades del profesional sanitario para el trabajo con población mayor”. Dicho curso se creará explícitamente para este

proyecto y se compondrá de 4 vídeos en formato micropíldoras de unos 12 minutos aproximados de duración, realizados por psicólogos/as especializados en psicogerontología.

En la Tabla 1 se muestra la distribución de contenidos del curso de formación online, así como los módulos y sesiones de los que se compone.

Tabla 1. Distribución de los contenidos del curso online (material en abierto)

Módulo	Objetivo	Vídeo	Título	Contenidos
1	Cambiar creencias y actitudes del estudiante	1	Introducción y conceptos básicos	Introducción y presentación del curso. Definición de Edadismo. Tipos de edadismo y ejemplos. Etiología y Consecuencias.
		2	Mitos y Realidad	Revisión de las principales creencias edadistas Facilitar información veraz con datos actualizados y fiables, de estudios científicos y epidemiológicos.
Módulo 2	Enseñar habilidades y competencias prácticas del personal sanitario en el trato con mayores	3	Competencias y habilidades verbales	Mejora de habilidades de comunicación con el paciente mayor
		4	Competencias y habilidades no verbales	Revisión de conductas y errores más frecuentes en la manera de comportarse del personal sanitario con el trato con mayores

Organización y Planificación del Proyecto

El proyecto que se encuentra en marcha pero que actualmente no ha concluido, cuenta con la siguiente planificación de actividades.

Tabla 2. Cronograma de actividades del proyecto

Periodo	Actividades
Primer mes	Revisión de bibliografía, conceptualización y diseño del Proyecto de Innovación docente
Segundo mes	Envío del Proyecto de Innovación docente al Comité de Ética para su aprobación. Aprobación por parte del comité de ética
	Envío del proyecto a la convocatoria competitiva de proyectos de innovación docente de la URJC
Tercer mes	Resolución favorable de la convocatoria competitiva de proyectos financiados donde se otorga la financiación.
	Propuesta de colaboración internacional con Universidade de Aveiro (UA) (Portugal) y búsqueda de docentes de ciencias de la salud interesados en replicar el proyecto dentro de sus asignaturas.

Tabla 2. Cronograma de actividades del proyecto (continuación)

Periodo	Actividades
Cuarto mes	Reuniones online y presenciales con los docentes interesados de la UA, para informarles del proyecto. Aceptación de dicha colaboración, por parte de docentes de ciencias de la salud de la UA. Solicitud de recursos por parte de la UA para la traducción al portugués de los materiales docentes (vídeos), una vez que hayan sido creados en español.
Entre el cuarto y el sexto mes	Contacto con diferentes expertos en vejez de diferentes universidades españolas para invitarles a participar en la creación de los materiales docentes en abierto.
Sexto mes	Reuniones de coordinación con los expertos que han aceptado colaborar en el curso.
Octavo mes	Diseño de los contenidos del curso. Revisión de bibliografía para elaborar el material.
Noveno mes	Elaboración de las presentaciones audiovisuales y grabación de vídeos.
Decimo a undécimo mes	Propuesta de participación al estudiantado Firma de consentimiento informado Administración de protocolos previos para evaluar los niveles basales de estereotipos y resto de variables.
Undécimo mes	realización actividades docentes de formación teórico-práctica por parte de los alumnos
	Evaluación post y recogida de datos.
Del doceavo mes en adelante	Análisis de datos Divulgación de resultados Ampliación de muestra en futuros años académicos Replicar estudio en otros países y en otros grados y postgrados de ciencias de la salud.

Diseño del estudio para validar los componentes de la intervención

El tipo de diseño utilizado sería quasi-experimental longitudinal cuantitativo, recogiendo medidas pre y post, con dos condiciones (grupo control).

- Grupo 1: condición “formación en vejez mediante curso online” + “actividad colaborativa positiva con contacto intergeneracional”

- Grupo 2: (control), condición “formación en vejez mediante el curso online” + (realización de la misma actividad práctica, pero sin contacto intergeneracional)

Evaluación e indicadores de cambio

Tabla 3. Variables a evaluar e instrumentos de evaluación

Bloque	Variabes	Evaluación
<i>Sociodemográficas</i>	Sexo, Edad, Edad sentida, Nacionalidad Grado de ciencias de la salud que cursa	Cuestionario ad hoc
<i>Pertenencia a grupo control o grupo intergeneracional</i>	Realización de la actividad práctica individual en modalidad intergeneracional o no	Para asegurarnos de que el alumno realmente lleva a cabo un contacto intergeneracional con una colaboración estrecha, se recogerá el número de veces que se han reunido y las aportaciones de cada uno al trabajo final presentado.
<i>Competencias profesionales y personales</i>	Estereotipos negativos hacia la vejez	CENVE: Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (Blanca y cols., 2005). AAQ: Cuestionario de actitudes hacia el envejecimiento (Lucas-Carrasco y cols., 2013).
	Auto-concepto profesional	PSDF. The Professional Self Description Form (Gullberg y cols., 1994).
	Auto-eficacia para envejecer.	EAE: La Escala de Auto-Eficacia para envejecer (Fernández-Ballesteros, 2002).
<i>Variables Académicas</i>	Motivación intrínseca	MSLQ: Cuestionario de estrategias de Motivación hacia el aprendizaje (Segura-Robles y cols., 2021).
	Auto-concepto académico	ASCS: Escala de Autoconcepto Académico (Granero-Gallegos y cols., 2010)
	Correcto aprovechamiento del curso de formación online	Examen tipo test nivel de conocimientos, habilidades y competencias alcanzados para el trabajo en vejez (ad hoc)
<i>Otras variables de control</i>	Formación previa reglada/ especializada en envejecimiento	Cuestionario ad hoc
	Grado de contacto habitual con personas mayores, dependientes y no dependientes	Cuestionario ad hoc

RESULTADOS

Resultados esperados

Se espera que tras la participación en el programa:

Hipótesis 1

La actitud hacia el envejecimiento mejore y el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez presente en el alumnado disminuya. Para comprobar dicha hipótesis se evaluará que se produzca una diferencia estadísticamente significativa entre las

puntuaciones pre y post obtenidas en el cuestionario CENVE de estereotipos negativos, mientras que en el cuestionario AAQ las puntuaciones en la subescala “pérdida psicosocial” disminuyan, y en las subescalas de “cambio físico” y “crecimiento psicológico” hayan aumentado significativamente.

Hipótesis 2

Aumente la competencia profesional percibida en los alumnos, auto percibiendo su desempeño profesional como adecuado en general cuando lo valoran en comparación al de otros de su misma profesión y posición profesional, como en concreto en el ámbito de competencias profesionales con el trato con mayores. Para comprobar dicha hipótesis se espera que las puntuaciones aumenten significativamente comparadas con los niveles previos en el PSDF.

Hipótesis 3

Los alumnos se perciban a sí mismos como más auto-eficaces a la hora de enfrentarse a su propio proceso de envejecimiento. Para comprobar dicha hipótesis se espera obtener resultados que muestren un aumento significativo de las puntuaciones en la escala EAE.

Hipótesis 4

Se espera que aumente la motivación intrínseca y el autoconcepto académico del alumno. Para comprobar dicha hipótesis se espera obtener resultados que muestren un aumento significativo de las puntuaciones en la escala MSLQ y ASCS.

Hipótesis 5

A modo de recapitulación, como hipótesis general, se espera que el programa haya resultado eficaz para el objetivo para el que fue diseñado. Además, (Hipótesis 5), se espera que existan diferencias significativas entre el grupo control, (que sólo recibe el curso de formación), y el grupo experimental (que además realiza un contacto intergeneracional colaborativo dentro de sus prácticas de la asignatura).

Hipótesis 6 y 7

Por último, cuando se replique el estudio en diferentes grados y países se espera (Hipótesis 6), encontrar algunas diferencias según el país, e (Hipótesis 7) según la titulación y/o el nivel educativo de la misma (perteneciente a grado o posgrado, o según el curso académico inicial o avanzado).

CONCLUSIONES

El reto que supone la mayor esperanza de vida y el envejecimiento de la población que lleva asociado (World Health Organization, 2022), hace que la lucha contra los estereotipos edadistas entre los futuros profesionales sanitarios sea una cuestión de salud pública, dado que dichos prejuicios entre los profesionales sanitarios se ha demostrado que aumentan los problemas de salud y los costes del sistema sanitario. Por tanto, iniciativas destinadas a disminuir los estereotipos edadistas entre los alumnos de ciencias de la salud, son muy necesarias.

Repercusión de la implementación

El presente proyecto, es una propuesta pionera para las universidades españolas que pretende diseñar y validar un programa intergeneracional. Entre las ventajas del actual programa respecto a iniciativas similares que se han llevado a cabo, cabe destacar que el presente proyecto implica realizar un material docente totalmente en abierto de manera online y gratuita, lo que permite su uso y divulgación por los docentes de grados y postgrados de ciencias de la salud que lo deseen, lo que supone un impacto mayor y una reducción de costes y permite asegurar que los futuros alumnos siempre recibirán la misma formación. Así mismo, el presente programa busca favorecer de manera natural y sencilla un contacto intergeneracional positivo mediante una actividad común. Por último, una vez que se obtengan los resultados esperados y se demuestre la eficacia del programa al obtener evidencia empírica a favor de su uso, el hecho de que el programa cuente con un material online grabado y en abierto, que permite una intervención estandarizada, facilitará la realización de estudios comparativos con el objetivo de replicar los resultados en diferentes muestras de distintos grados y postgrados, pertenecientes a distintas universidades tanto españolas como del extranjero.

Agradecimientos

El proyecto, titulado “Acciones con valores: Hacia una sociedad y un sistema de salud más amigable con las personas mayores a través de la formación de futuros profesionales sanitarios en creencias no edadistas”, ha sido llevado a cabo gracias a la financiación recibida en la convocatoria competitiva de proyectos de innovación educativa de la Universidad Rey Juan Carlos 2024-25 del Centro de Innovación Docente y Educación Digital de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (Código: PIE24_141). Así mismo, los recursos audiovisuales necesarios para el desarrollo de este han sido proporcionados por la Universidad a Distancia de Madrid.

REFERENCIAS

- Blanca, M.J., Sánchez, C., y Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de la evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212–220.
- Chamorro, J.S. (2014). Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes universitarios según área del conocimiento: Un estudio exploratorio. *Acciones e investigaciones sociales*, 34, 105–124.
- Elliott, P.V. y Rubio, L. (2017). Cambios en los estereotipos sobre la vejez de estudiantes tras su participación en un proyecto intergeneracional. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 61–68.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Autoeficacia para envejecer. En *Vital Age-II Project*. Recuperado de <https://uninettuno.it/Vitalgell/frameset.htm>
- Granero-Gallegos, A., Baena-Extremera, A., Escaravajal, J.C., y Baños, R. (2021). Validation of the Academic Self-Concept Scale in the Spanish university context. *Education Sciences*, 11(10), 653.
- Gullberg, M.T., Olsson, H.M., Alenfelt, G., Ivarsson, A.B., y Nilsson, M. (1994). Ability to solve problems, professionalism, management, empathy, and working capacity in occupational therapy: The Professional Self Description Form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(3), 173–178.
- Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vázquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sánchez, N.J.S., y Hernández-Gómez, M.A. (2022). Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP. *Cadernos de Atención Primaria*, 28(1).
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanoth, S., y Wang, S. Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174–181. doi:10.1093/geront/gny131
- Levy, S.R. (2018). Toward Reducing Ageism: PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) Model. *The Gerontologist*, 58(2), 226–232.
- Lorente, R., Brotons, P., y Sitges, E. (2020). Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? *Cuaderno de Pedagogía Universitaria*, 17(33), 6–16.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., Gómez-Benito, J., y Power, M.J. (2013). Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 490–499.
- Lytle, A. y Levy, S.R. (2019). Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. *The Gerontologist*, 59(3), 580–588.
- Pelton, L., Fulmer, T., Hendrich, A., y Mate, K. (2017). Creating age-friendly health systems. *Health Progress*, 32(6), 62–63.
- Rodes, P.B., Martínez, R.L., y Maciá, E.S. (2020). Efectos del Programa ACOMPAÑA-TÉ sobre los estereotipos hacia la vejez en universitarios. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1).
- San-Martín-Gamboa, B., Zarrazquín, I., Fernández-Atutxa, A., Cepeda-Miguel, S., Doncel-García, B., Imaz-Aramburu, I., ... y Fraile-Bermúdez, A.B. (2023). Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: A prospective cohort study in health sciences students. *Nursing Open*, 10, 3854–3861.

Schroyen, S., Adam, S., Marquet, M., Jerusalem, G., Thiel, S., Giraudet, A.L., y Missotten, P. (2018). Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12780.

Segura-Robles, A., Moreno-Guerrero, A.J., Parra-González, M.E., y López-Belmonte, J. (2021). Adaptation and validation of the motivated strategies for learning questionnaire for Spanish adolescents. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(1), 142–153.

UN General Assembly. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (A/RES/70/1). Recuperado de <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2015/en/111816>

Universidad de Burgos. (2024). *Programa acercamiento intergeneracional: Personas Mayores, Estudiantes de la Universidad*. Recuperado de <https://www.ubu.es/servicio-de-estudiantes-y-extension-universitaria/servicios-unidad-de-extension-universitaria/programa-de-acercamiento-intergeneracional-personas-mayores-estudiantes-de-la>

Universidad Rey Juan Carlos. (2022). *Llega una nueva edición del programa intergeneracional Convive*. Recuperado de <https://www.urjc.es/todas-las-noticias-de-actualidad/7426-llega-una-nueva-edicion-del-programa-intergeneracional-convive>

WHO (World Health Organization OMS). (2022). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Zorzo, M.N.E. (2023). Estrategias metodológicas para trabajar el edadismo desde la educación actual. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 29–40.

CAPÍTULO 15

EVALUACIÓN DE FACTORES DE ESTRÉS EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS PSICOMÉTRICO

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN* Y LORENA MARÍA SORIA REYES**
*Universidad de Málaga; **Asociación ASAMMA*

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer de mama genera estrés relacionado no solo con el tratamiento y sus efectos secundarios, sino también con su impacto en la vida cotidiana de la persona y en sus interacciones sociales y familiares, asociándose con altos niveles de ansiedad, depresión (Alagizy et al., 2020; O'Hea et al., 2020), problemas de sueño (De la Torre-Luque et al., 2020), menor autocuidado (Abdollahi et al., 2020) y bajos niveles de satisfacción vital (Cerezo et al., 2020; Cerezo, Soria-Reyes et al., 2022).

Según Lazarus y Folkman (1984), el estrés percibido se concibe como una relación particular entre cada persona y su entorno, en la que el manejo de una situación excede sus recursos y pone en peligro su bienestar. En términos generales, el estrés se activa cuando una situación se percibe como fuera de control, impredecible y desbordada, lo que provoca malestar físico, psicológico y social, así como cambios a nivel cerebral, endocrino y mental.

El estrés se puede definir como respuesta y como estímulo (Biggs et al., 2017). El estrés como respuesta se refiere a las señales neurobiológicas, fisiológicas, emocionales o conductuales del organismo que se desencadenan durante la exposición a factores estresantes (Koh, 2018). El estrés como estímulo se refiere a situaciones ambientales, circunstancias externas o eventos que producen estas señales de estrés (Koh, 2018). Los acontecimientos vitales, la tensión crónica y las molestias cotidianas son ejemplos de este tipo de estrés, también denominados estresores (Koh, 2018).

El nivel de estrés percibido suele evaluarse con medidas de autoinforme. Se han desarrollado numerosos cuestionarios de estrés, sin embargo, para las personas que se enfrentan a experiencias especialmente abrumadoras, como un diagnóstico de cáncer de mama, las medidas globales de este tipo deben complementarse con otras más específicas.

Recientemente, Cerezo et al. (2023) han desarrollado la Escala de estresores para pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, SBCS, una herramienta diseñada para medir los factores que generan estrés en mujeres diagnosticadas de esta patología, independientemente del tiempo desde el diagnóstico. Un instrumento validado de

este tipo es esencial para evaluar el estrés específico que afecta a las mujeres con cáncer de mama, y podría ayudar a orientar la intervención psicológica. Esta escala fue diseñada en una primera fase con grupos focales con mujeres con cáncer de mama (en presencia de profesionales de la psicooncología) para identificar las dimensiones que necesitarían ser evaluadas por la escala, generando así una batería de ítems que cubría las cinco dimensiones identificadas, que fueron validadas a nivel de contenido por un panel de expertos: tensiones en el aspecto físico y el sexo, dificultades en la salud y la vida cotidiana, tensiones en las relaciones interpersonales, tensiones en la atención sanitaria, y preocupaciones e inquietudes sobre el futuro.

El objetivo de este estudio ha sido analizar las propiedades psicométricas del SBCS en una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Esto implicó un análisis factorial exploratorio y confirmatorio para obtener evidencias de validez basadas en la estructura interna, la invarianza factorial en función del tiempo desde el diagnóstico del cáncer, el análisis de ítems, la fiabilidad de las puntuaciones de la prueba, y evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables, en concreto, con depresión, ansiedad, y otra medida de estrés.

MÉTODO

Participantes

Participaron 201 mujeres españolas diagnosticadas de cáncer de mama. Su edad oscilaba entre los 23 y los 76 años ($M = 51.94$, $DT = 8.95$), con un tiempo medio desde el diagnóstico de 5.32 años ($DT = 6.03$). Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, no tener dificultades para comprender las pruebas psicológicas que se iban a administrar, tener un diagnóstico de cáncer de mama y firmar el consentimiento informado. Las participantes fueron reclutadas a través de profesionales de atención oncológica y asociaciones que ofrecen apoyo a mujeres operadas de cáncer de mama. La mayoría eran casadas, con estudios medios o universitarios y diagnosticadas de un tumor grado II.

Instrumentos

Escala de Estresores en Cáncer de Mama (SBCS: Cerezo et al., 2023). Consta de 24 ítems relacionados con cinco dimensiones teóricas (tensiones en el aspecto físico y el sexo, dificultades en la salud y la vida cotidiana, tensiones en las relaciones interpersonales, tensiones en la atención sanitaria, y preocupaciones e inquietudes sobre el futuro), cada una de ellas valorada en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= nada estresante o es irrelevante para mí; 5 = muy estresante).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995b), en su versión española (Daza et al., 2002). Este instrumento de autoinforme consta de 21 ítems valorados en una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = no se aplica a

mí en absoluto; 3 = se aplica mucho o la mayor parte del tiempo). Consta de tres escalas, cada una de ellas con siete ítems: depresión, ansiedad y estrés. Las puntuaciones más altas indican un mayor nivel del constructo medido por cada escala. También puede calcularse la puntuación total, que indica el nivel de malestar emocional general (Daza et al., 2002). Los coeficientes ω de McDonald y α de Cronbach en la presente muestra fueron de .90 para la depresión, .84 para la ansiedad, .90 para el estrés y .95 para las puntuaciones totales.

Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga y se realizó de acuerdo con las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Se utilizó una estrategia de muestreo por conveniencia para reclutar a las participantes. Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama recibieron un correo electrónico del personal de su respectivo centro sanitario, invitándolas a participar de forma voluntaria en el estudio. El correo electrónico incluyó información sobre los objetivos y el procedimiento del estudio, y un enlace a los cuestionarios, que recogían los datos de forma anónima y segura. Antes de rellenar los cuestionarios, las participantes debían firmar (electrónicamente) un consentimiento informado autorizando el uso de la información proporcionada con fines de investigación. No hubo datos perdidos.

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de cada ítem, concretamente, la puntuación media, la desviación típica y los coeficientes de asimetría y curtosis. En segundo lugar, para obtener evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala, se ajustó un modelo factorial de segundo orden con cinco factores de primer orden (tensiones en el aspecto físico y el sexo, dificultades en la salud y la vida cotidiana, tensiones en las relaciones interpersonales, tensiones en la atención sanitaria, y preocupaciones e inquietudes sobre el futuro) mediante análisis factorial confirmatorio (AFC), matriz de correlación policórica, método de máxima verosimilitud y estimación robusta, realizados con el paquete informático EQS 6.3 (Bentler, 2006). Se consideraron los siguientes índices de bondad de ajuste (Bentler, 2006): chi-cuadrado de Satorra-Bentler (S-B χ^2), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de ajuste no normalizado (NNFI) y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Los valores de CFI y NNFI superiores o próximos a .95 y los valores de RMSEA inferiores a .06 indican un buen ajuste (Hu & Bentler, 1999), mientras que los valores de RMSEA entre .06 y .08 representan un ajuste razonable (Browne y Cudeck, 1993).

La fiabilidad de las puntuaciones de la prueba se estimó calculando los coeficientes ω de McDonald y α de Cronbach, para cada factor y para la puntuación total del SBCS. Los coeficientes superiores a .70 se consideran satisfactorios (Viladrich et al., 2017).

Para obtener evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones en el SBCS y las puntuaciones en depresión, ansiedad, y estrés. Las correlaciones en torno a $|\cdot 10|$ se consideraron débiles, las cercanas a $|\cdot 30|$, moderadas y a $|\cdot 50|$, fuertes.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de cada ítem del SBCS. La mayoría de los ítems mostraron una desviación de la distribución normal.

Tabla 1. Media, desviación típica, asimetría y curtosis de los ítems del SBCS

Ítems	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
1	2.94	1.39	0.01	-1.25
2	2.80	1.52	0.18	-1.42
3	2.84	1.35	0.10	-1.12
4	2.90	1.40	0.08	-1.23
5	3.18	1.33	-0.15	-1.11
6	2.90	1.46	0.08	-1.35
7	3.25	1.34	-0.19	-1.14
8	3.12	1.36	-0.07	-1.19
9	2.81	1.28	0.12	-1.00
10	2.39	1.30	0.52	-0.89
11	2.07	1.25	0.92	-0.28
12	2.78	1.46	0.19	-1.32
13	2.48	1.41	0.47	-1.13
14	2.04	1.28	0.99	-0.24
15	3.00	1.46	-0.04	-1.34
16	2.74	1.42	0.19	-1.25
17	2.46	1.42	0.49	-1.09
18	2.73	1.44	0.24	-1.28
19	2.92	1.46	0.02	-1.37
20	3.51	1.43	-0.45	-1.15
21	2.51	1.36	0.40	-1.06
22	2.64	1.45	0.36	-1.21
23	3.06	1.47	-0.05	-1.37
24	3.10	1.60	-0.09	-1.55

Para comprobar la estructura interna del SBCS se procedió a probar el modelo factorial de segundo orden. Los resultados del AFC se muestran que el modelo mostró índices de bondad de ajuste satisfactorios, siendo el chi-cuadrado de Satorra-Bentler (S-B χ^2) de 707.97, el CFI y NNFI superiores a .95 (.986, y .985, respectivamente) y de RMSEA, .067 [.061, .072].

Respecto a la fiabilidad, los coeficientes α de Cronbach y ω de McDonald fueron satisfactorios, con valores superiores a .70 para las puntuaciones de los factores e iguales a .95 para la puntuación total. Los mismos valores se obtuvieron al calcular los coeficientes α de Cronbach.

Las correlaciones con depresión, ansiedad, y estrés aportaron evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables. Las correlaciones se muestran en la Tabla 2. En general, las puntuaciones totales en el SBCS se correlacionaron positiva y fuertemente con las puntuaciones en depresión, ansiedad y estrés percibido. Las correlaciones entre estas variables y las puntuaciones en los factores fueron moderadas o fuertes, siendo la correlación más fuerte la existente con las puntuaciones en preocupaciones e inquietudes sobre el futuro. Las asociaciones con salud y calidad de vida percibidas fueron negativas y moderadas tanto para las puntuaciones en los factores como para la puntuación total. En este caso, las correlaciones más fuertes observadas fueron con las puntuaciones en salud percibida y la dimensión dificultades en la salud y la vida cotidiana.

Tabla 2. Correlaciones entre las puntuaciones en los factores y totales del SBCS y las puntuaciones en depresión, ansiedad, estrés

Variables	F1	F2	F3	F4	F5	Puntuaciones totales
Depresión (DASS-21)	.37***	.37***	.38***	.36***	.44***	.44***
Ansiedad (DASS-21)	.39***	.47***	.46***	.49***	.53***	.54***
Estrés (DASS-21)	.31***	.33***	.40***	.39***	.49***	.45***
Malestar emocional (DASS-21 puntuación total)	.39***	.43***	.45***	.45***	.53***	.52***

Nota: ** $p < .001$. *Nota:* F1: tensiones en el aspecto físico y el sexo; F2: dificultades en la salud y la vida cotidiana; F3: tensiones en las relaciones interpersonales; F4: tensiones en la atención sanitaria; F5: preocupaciones e inquietudes sobre el futuro

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue examinar las propiedades psicométricas de la Escala de Estresores en Cáncer de Mama (SBCS), herramienta diseñada para medir los factores que generan estrés en mujeres diagnosticadas de esta enfermedad, independientemente del tiempo desde el diagnóstico. Se realizó un análisis exhaustivo de las propiedades psicométricas de la escala resultante en una muestra de 201 mujeres con cáncer de mama, incluyendo evidencias de validez basadas en la estructura interna, fiabilidad, y evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables, concretamente, depresión, ansiedad, estrés.

El AFC arrojó adecuados índices de ajuste para el modelo factorial de segundo orden. La puntuación total en el SBCS podría ser una medida útil del impacto de los factores que generan estrés en las mujeres con cáncer de mama, complementando otras medidas de estrés percibido que no son específicas de esta condición de salud, por ejemplo, escalas utilizadas como el DASS-21. Según Herschbach et al. (2004), las

escalas de malestar emocional específicas para el cáncer ofrecen una visión más precisa de la experiencia de las pacientes que los cuestionarios generales o psiquiátricos.

El primero de los cinco factores que componen el SBCS son las tensiones en el aspecto físico y el sexo, que comprende cuatro ítems referidos a estresores derivados de la enfermedad que afectan a la apariencia corporal y al interés de la mujer por el sexo. Las puntuaciones en esta dimensión fueron de las más altas en la presente muestra, lo que indica que las tensiones en el aspecto físico y el sexo son estresores relevantes para estas mujeres. Esto es consistente con investigaciones previas que muestran que la evaluación de la imagen corporal permite comprender mejor el estrés experimentado por las mujeres con cáncer de mama (Guedes et al., 2018), y que la insatisfacción con la imagen corporal puede conducir a malestar emocional, trastornos del estado de ánimo y deterioro de las relaciones íntimas (Sebri et al., 2021).

El segundo factor del SBCS es el que recoge las dificultades en la salud y la vida cotidiana, que incluye cinco ítems que describen estresores relacionados con estados de malestar físico como la fatiga o el dolor. Se ha demostrado que estos síntomas suponen un estrés significativo para pacientes con cáncer y no se limitan al periodo de tratamiento (Mokhatri-Hesari y Montazeri, 2020). Este factor obtuvo las puntuaciones más altas en la presente muestra, lo que sugiere que estos síntomas deben recibir una atención especial y ser abordados por equipos multidisciplinares (de enfermería, medicina, fisioterapia, psicología, etc.).

El tercer factor se refiere a las tensiones en las relaciones interpersonales, compuesto por cinco ítems que hacen referencia a los estresores que se originan en el contexto de las relaciones sociales, incluyendo la familia y las amistades. Investigaciones previas han demostrado que las tensiones en las relaciones familiares pueden afectar al bienestar tanto de la mujer con cáncer de mama como de sus familiares cercanos (Segrin et al., 2018), y también que el apoyo social puede ser un factor protector para ayudar a estas mujeres a afrontar el estrés (Ozdemir y Arslan, 2018). En la presente muestra, esta dimensión arrojó las puntuaciones más bajas. Futuras investigaciones deberían analizar con más detalle la relación entre las tensiones en las relaciones interpersonales y el apoyo social en el contexto del cáncer de mama.

El cuarto factor incluye las tensiones en la atención sanitaria, compuesto por cinco ítems que hacen referencia a los factores estresantes derivados del entorno hospitalario y sanitario. Las pacientes siguen teniendo necesidades de atención sanitaria durante todo el proceso de la enfermedad (Cherif et al., 2020), y factores como los largos tiempos de espera y las dificultades para comunicarse con el personal pueden provocar insatisfacción con la atención prestada (Tremblay et al., 2015). El

hecho de que las supervivientes de cáncer puedan, en algún momento, experimentar problemas de salud mental como depresión, ansiedad y dificultades para dormir subraya la importancia del acceso continuo a la atención sanitaria (Aggeli et al., 2021; Cherif et al., 2020; De la Torre-Luque et al., 2020).

El quinto y último factor se refiere a las preocupaciones e inquietudes sobre el futuro, compuesto por cinco ítems referidos a los estresores que reflejan pensamientos o temores sobre lo que la vida puede deparar a corto o largo plazo. Investigaciones previas han demostrado que las personas con cáncer suelen temer la recurrencia del tumor o la metástasis, y esto a menudo conduce a secuelas psicológicas (Cupit-Link et al., 2018; Koch et al., 2014). En este sentido, en la presente muestra, esta fue la dimensión que arrojó las segundas puntuaciones más altas, y también incluyó el ítem con mayor puntuación en el SBCS ("Pensar que voy a tener una recaída").

La fiabilidad, estimada mediante los coeficientes ω de McDonald y α de Cronbach, osciló entre .83 y .89 para las puntuaciones en los cinco factores, mientras que los coeficientes para la puntuación total fueron de .95, todos ellos por encima del umbral de .70. Estos resultados indican una fiabilidad satisfactoria del SBCS.

Las evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables fueron proporcionadas por las correlaciones entre las puntuaciones del SBCS y las puntuaciones de depresión, ansiedad, estrés y malestar emocional del DASS-21. En general, las puntuaciones totales en el SBCS correlacionaron positiva y fuertemente con las puntuaciones en depresión, ansiedad y estrés, en línea con investigaciones previas (Alagizy et al., 2020; Borgi et al., 2020). Estos resultados muestran que el impacto de los estresores experimentados por las mujeres con cáncer de mama se refleja en su nivel de estrés percibido y en otros indicadores de salud mental. En cuanto a las puntuaciones en los factores, las puntuaciones en preocupaciones e inquietudes sobre el futuro mostraron las correlaciones más fuertes con estas variables, lo que indica que los pensamientos o temores sobre lo que la vida puede deparar a corto o largo plazo se asocian con niveles más altos de malestar emocional. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que encontraron que el miedo a la progresión de la enfermedad era la mayor preocupación para los pacientes con cáncer (Cupit-Link et al., 2018), especialmente para las mujeres con cáncer de mama (Herschbach et al., 2004).

El presente estudio tiene una serie de limitaciones que es necesario mencionar. En primer lugar, el SBCS es una medida de autoinforme cuyas puntuaciones pueden verse afectadas por el sesgo de respuesta. En segundo lugar, el uso de una muestra de conveniencia puede limitar la generalización de los resultados. Por último, dada la naturaleza transversal del presente estudio, no pueden establecerse relaciones causales entre el estrés y otros indicadores de salud mental.

A pesar de estas limitaciones, el estudio también tiene puntos fuertes importantes. A diferencia de medidas como el QSC-R23 (Herschbach et al., 2003), que está diseñado para evaluar los factores estresantes diarios entre pacientes con cáncer en general, el SBCS se ha desarrollado específicamente para el contexto del cáncer de mama y tiene en cuenta las características particulares de este trastorno de salud. La principal ventaja del SBCS es su brevedad y su potencial aplicabilidad a lo largo de todo el proceso del cáncer de mama, incluida la supervivencia tras un tratamiento exitoso; esto último la diferencia de medidas como el NDBCSS (Lee et al., 2013; Lee et al., 2021) que se centra en el inicio del proceso de la enfermedad. Otro punto a considerar es que el SBCS es una medida de estrés como estímulo que proporciona no sólo una puntuación total sino también puntuaciones para áreas específicas. Por lo tanto, la escala puede utilizarse como complemento de otras medidas de estrés como respuesta o de estrés percibido para llegar a una mejor comprensión de los niveles de estrés de una paciente. Las relaciones entre las puntuaciones del SBCS y otros indicadores de salud mental, como la depresión y la ansiedad, respaldan su posible utilidad en el ámbito clínico. En concreto, la información obtenida a través del SBCS podría ayudar a los/as profesionales de la psicooncología a dirigir las intervenciones a las áreas específicas que generan estrés en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, con el objetivo de mejorar su bienestar psicológico. Por lo tanto, sería de interés en futuras investigaciones determinar puntos de corte para las puntuaciones del SBCS con el fin de orientar a los profesionales a la hora de realizar la evaluación psicológica. Por último, el SBCS también podría ser una herramienta útil en estudios dirigidos a investigar el impacto de los estresores sobre la salud mental y analizar las posibles variables que median o moderan esta relación, permitiendo así la comprobación empírica de modelos teóricos de estrés en el contexto del cáncer de mama.

REFERENCIAS

Abdollahi, A., Taheri, A., y Allen, K.A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 29(5), 927–933. doi:10.1002/pon.5369

Aggeli, P., Fasoí, G., Zartaloudi, A., Kontzoglou, K., Kontos, M., Konstantinidis, T., ... Govina, O. (2021). Posttreatment anxiety, depression, sleep disorders, and associated factors in women who survive breast cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(2), 147–155. doi:10.4103/apjon.apjon_65_20

Alagizy, H.A., Soltan, M.R., Soliman, S.S., Hegazy, N.N., y Gohar, S.F. (2020). Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: Single institute experience. *Middle East Current Psychiatry*, 27(29), 1–10. doi:10.1186/s43045-020-00036-x

Bentler, P.M. (2006). *EQS 6 Structural equations program manual*. Multivariate Software, Inc.

Biggs, A., Brough, P. y Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C.L. Cooper and J. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351-364). Wiley.

Borgi, M., Collacchi, B., Ortona, E., y Cirulli, F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer: Unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *119*, 406–421. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.10.011

Browne, M.W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Sage.

Cerezo, M.V., Blanca, M.J., y Ferragut, M. (2020). Personality profiles and psychological adjustment in breast cancer patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(24), 9452. doi:10.3390/ijerph17249452

Cerezo, M.V., Soria-Reyes, L.M., Alarcón, R., y Blanca, M.J. (2022). The Satisfaction with Life Scale in breast cancer patients: Psychometric properties. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *22*(1), 100274. doi:10.1016/j.ijchp.2021.100274

Cerezo, M.V., Soria-Reyes, L.M., Pajares, B., Gómez-Millán, J., y Blanca, M.J. (2023). Development and psychometric properties of the Stressors in Breast Cancer Scale. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1102169. doi:10.3389/fpsyg.2023.1102169

Cherif, E., Martin-Verdier, E., y Rochette, C. (2020). Investigating the healthcare pathway through patients' experience and profiles: Implications for breast cancer healthcare providers. *BMC Health Services Research*, *20*(735), 1–11. doi:10.1186/s12913-020-05569-9

Cupit-Link, M., Syrjala, K.L., y Hashmi, S.K. (2018). Damocles' syndrome revisited: Update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy*, *11*(3), 129–134. doi:10.1016/j.hemonc.2018.01.005

Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M.A., y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*, 195–205. doi:10.1023/A:1016014818163

De la Torre-Luque, A., Cerezo, M.V., López, E., y Sibole, J.V. (2020). Emotional distress among long-term breast cancer survivors: The role of insomnia and worry. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *28*(3), 533–549.

Guedes, T., Dantas de Oliveira, N.P., Holanda, A.M., Reis, M.A., Silva, C.P., Rocha e Silva, B.L., ... de Souza, D. (2018). Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *19*(6), 1487–1493. doi:10.22034/APJCP.2018.19.6.1487

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., y Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, *91*, 504–511. doi:10.1038/sj.bjc.6601986

Herschbach, P., Marten-Mittag, B., y Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *12*(2), 69–76.

Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118

Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Hopfner, S., Waldmann, A., ... Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors — still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship — a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547–554. doi:10.1002/pon.3452

Koh, K.B. (2018). *Stress and somatic symptoms: Biopsychosociospiritual perspectives*. Springer. doi:10.1007/978-3-030-02783-4

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lee, T.Y., Chen, H.H., Yeh, M.L., Li, H.L., y Chou, K.R. (2013). Measuring reliability and validity of a newly developed stress instrument: Newly Diagnosed Breast Cancer Stress Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2417–2425. doi:10.1111/jocn.12107

Lee, T.Y., Hsing, S.C., y Li, C.C. (2021). An improved stress-scale specifically designed to measure stress of women with newly diagnosed breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2346. doi:10.3390/ijerph18052346

Lovibond, S.H. y Lovibond, P.F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.

Mokhatri-Hesari, P. y Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: Review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 338. doi:10.1186/s12955-020-01591-x

O’Hea, E., Kroll-Desrosiers, A., Cutillo, A.S., Michalak, H.R., Barton, B.A., Harralson, T., ... Boudreaux, E.D. (2020). Impact of the mental health and dynamic referral for oncology (MHADRO) program on oncology patient outcomes, health care utilization, and health provider behaviors: a multi-site randomized control trial. *Patient Education and Counseling*, 103(3), 607–616. doi:10.1016/j.pec.2019.10.006

Ozdemir, D. y Arslan, F.T. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2214–2219. doi:10.1002/pon.4798

Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., y Pravettoni, G. (2021). The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: A systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 611594. doi:10.3389/fpsyg.2021.611594

Segrin, C., Badger, T.A., Sikorskii, A., Crane, T.E., y Pace, T.W. (2018). A dyadic analysis of stress processes in Latinas with breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 27(3), 838–846. doi:10.1002/pon.4580

Tremblay, D., Roberge, D., y Berbiche, D. (2015). Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Services Research*, 15(425), 1–10. doi:10.1186/s12913-015-1104-9

Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Annals of Psychology*, 33(3), 755–782. doi:10.6018/analesps.33.3.268401

CAPÍTULO 16

AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL APRENDIZAJE DE ALUMNOS DE 1º DE ENFERMERÍA EN EL USO DE MAQUETAS ANATÓMICAS FRENTE A LA MESA DE DISECCIÓN VIRTUAL ANATOMAGE®

BORJA ROMERO BILBAO*, DANIEL SANJUAN SÁNCHEZ**,
PAULA CORDOVA ALEGRE*, LAURA ZAURÍN PANIAGUA*,
JOSÉ LESMES POVEDA LÓPEZ*, MARTA DIARTE OLIVA*, BENJAMÍN GAYA SANCHO*,
Y SERGIO GALARRETA APERTE***

**Universidad San Jorge; **Universidad San Jorge y Universitat de Lleida;
***Universidad de Granada*

INTRODUCCIÓN

El estudio de la anatomía humana ha sido, de forma histórica, una de las piedras angulares en las ciencias de la salud, cuya metodología de aprendizaje ha evolucionado, adaptándose a las necesidades de cada época, y basada en la evolución de la tecnología. Actualmente, al estudio con cadáveres y maquetas anatómicas y gracias a la revolución informática, se han introducido herramientas digitales que pretenden, primero complementar, y finalmente sustituir, a las herramientas tradicionales.

Anatomía basada en cadáveres

La disección de cadáveres humanos ha sido el gold standard en el aprendizaje de la anatomía, puesto que permite la comprensión de estructuras humanas de forma tridimensional y de inter-relación de las estructuras anatómicas. Esta metodología tiene como ventajas la percepción de la variabilidad anatómica (patológica o no), además de permitir al alumno tener una idea volumétrica del cuerpo humano. Por el contrario, la decreciente disponibilidad de muestras, la necesidad de espacios adecuados, junto a los elementos químicos precisos para el tratamiento y conservación de los cadáveres, así como los riesgos biológicos asociados a la manipulación de tejido humano han generado la necesidad de innovación en este campo, en búsqueda de metodologías más accesibles y/o seguras (Sugand et al., 2010; Brassett et al., 2020; Smith et al., 2014).

Anatomía basada en maquetas

Las maquetas anatómicas proporcionan una alternativa al estudio con cadáveres que elimina los riesgos asociados al manejo de tejido humano, a la vez que proporciona un medio reutilizable, sostenible y cuya manipulación puede mantenerse

en el tiempo. La desventaja principal del uso de maquetas anatómicas es que, a grandes rasgos, reproducen estructuras anatómicas “estándar”, que no muestran variación anatómica (patológica o no) y con poca variabilidad entre diferentes modelos de la misma estructura. Si bien es cierto que actualmente el desarrollo de maquetas que reproducen situaciones específicas se encuentra en auge, este tipo de variaciones suele utilizarse para aprendizaje de momentos concretos, generalmente fuera del estudio básico de la anatomía humana (Sugand et al., 2010; Lim et al., 2016).

Diferentes autores, como McMEnamin, han evaluado la eficacia del uso de maquetas frente a métodos tradicionales como puede ser el uso de cadáveres, encontrando que estos elementos son útiles en el aprendizaje, y suponen un buen complemento al estudio con cadáveres (Lim et al., 2016).

Disección virtual

La realidad virtual, pese a que es una tecnología con muchos años de evolución, supone el último paso de la evolución del estudio de la anatomía humana y tiene presencia en multitud de elementos tecnológicos, tanto en imágenes 2D como 3D. En este contexto, la mesa de disección Anatomage® se encuentra a la vanguardia de la disección virtual (Ward et al., 2018; Kavvadia et al., 2023).

La herramienta principal de Anatomage® es la disección de cadáveres digitalizados con cortes de mínimo espesor, provenientes de personas reales, recogiendo así las ventajas de la variabilidad anatómica derivada del uso de cadáveres, pero limitando los riesgos que ello supone (Kažoka y Pilmane, 2017). La digitalización de estructuras permite la disección por planos, por estructuras, o por sistemas, además de poder utilizar herramientas TIC en el aprendizaje, como pueden ser colorear estructuras, poner etiquetas, pines, etc. (Raja et al., 2022).

Pese a que el uso de cadáveres es la herramienta principal, la mesa permite trabajar con imágenes reales, tanto de estructuras anatómicas como de tejidos; o reconstrucción digital de imágenes provenientes de radiología, entre otras herramientas. El uso de esta herramienta permite complementar el trabajo con maquetas anatómicas, e incluso con cadáveres, además de posibilitar el aprendizaje colaborativo y gamificado, o servir como elemento de evaluación (auto-administrada o no), mejorando ampliamente la comprensión y el aprendizaje del alumno (Raja et al., 2022).

Anatomía en el grado de enfermería en la USJ

La asignatura Anatomía Humana, del Grado en Enfermería de la USJ se imparte en la segunda parte de 1º curso (febrero-mayo) y está compuesta por 6 ECTS, suponiendo 150 horas de trabajo para cada alumno. La asignatura se divide en 5 grandes bloques temáticos: musculo-esquelético, dividido en 8 sesiones en las que se

abordan la musculatura y osteología de miembro superior, miembro inferior y columna; aparato cardio-respiratorio, con 4 sesiones de duración, en las que el alumno conoce la anatomía del aparato cardiovascular y respiratorio; aparato digestivo, repartido en 3 sesiones en las que se trabajan todas las estructuras relativas al aparato digestivo; aparato genitourinario, también con 3 sesiones, en las que se aborda primero el aparato urinario y luego el genital, dividido en ambos sexos; y neuroanatomía, con 5 sesiones de duración, en las que se trata la osteología de cráneo, se complementa la de columna trabajada en el primer bloque, y las vísceras anatómicas relacionadas con la neurología, cada uno de ellos con una estructura similar en la que en primer lugar se trabajan los contenidos teóricos para, posteriormente, trabajar esos contenidos en una sesión práctica (salvo el primer bloque, que tiene asociadas dos prácticas).

Desde el inicio del Grado, en 2009, hasta el curso 2022-2023 se han utilizado maquetas anatómicas en el desarrollo de las prácticas de la asignatura. En diciembre de 2022 (La Facultad de Ciencias de la Salud Incorpora una Mesa de Disección Virtual para Profundizar en la Anatomía Humana a través del 3D, 2022) la USJ adquirió una mesa de disección Anatomage®, que se introdujo en las prácticas de la asignatura en 2023 a modo de pilotaje y sirvió para el desarrollo de una sistemática de trabajo que se ha aplicado en el curso 2023-2024.

Hasta la llegada de Anatomage® el alumno disponía de varias maquetas de diferente tipología y diversos atlas anatómicos. El desarrollo de las sesiones seguía una dinámica clásica en el que el docente (uno por sesión) realizaba una propuesta de estructuras a los alumnos para que comenzasen el trabajo con las maquetas. Esas estructuras suponían el abordaje básico de la anatomía, mientras que el alumno era el encargado de su propio aprendizaje, orientado al aprendizaje profundo del temario.

En este momento, la asignatura se componía por 6 prácticas: musculoesquelético miembro superior; musculoesquelético miembro inferior; aparato cardiovascular y aparato respiratorio; aparato digestivo; aparato genital y aparato urinario; neuroanatomía. Todas ellas tenían una duración de 100 minutos y seguían la misma estructura y dinámica, en la que los alumnos se agrupaban en varios grupos de pequeño tamaño y desarrollaban su aprendizaje de la forma comentada anteriormente.

La integración de Anatomage® permitió implementar una metodología variada en las prácticas, basada en reconocimiento de estructuras en la mesa en base a una propuesta realizada por los docentes, de una forma similar a como se venía trabajando con las maquetas; nomenclatura de estructuras señaladas en la mesa, utilizando las características de colorear estructuras o de utilizar pines de diversas formas y colores; estudio libre por parte del alumno, con el apoyo de un docente para el manejo técnico de la mesa; gamificación, con herramientas tipo cuestionarios y quizzes, que pueden

desarrollarse en formato individual o grupal; y evaluación del aprendizaje, utilizando cuestionarios previamente configurados o, también, con alguna de las características mencionadas. Debido a la modificación de la metodología, se duplicó el número de docentes en cada sesión (de uno a dos).

Cada una de las prácticas tiene una duración de 100 minutos y organizan el aprendizaje en estaciones con la siguiente estructura:

- Introducción a la sesión: 5 minutos.
- Estación 1: 25 minutos.
- Estación 2: 25 minutos.
- Estación 3: 25 minutos.
- Simulacro de evaluación práctica: 20 minutos.

Con esta estructura, cada uno de los bloques se reparte de la siguiente forma: en una estación se trabaja una parte del temario, en la segunda, la parte restante, mientras que en la estación número 3 se utiliza siempre Anatomage®):

Práctica 1. Musculo-esquelético: osteología del miembro superior; miología del miembro superior.

Práctica 2. Musculo-esquelético: osteología del miembro inferior; miología del miembro inferior.

Práctica 3. Cardio-respiratorio: aparato cardiovascular; aparato respiratorio.

Práctica 4. Digestivo-genitourinario: aparato digestivo; aparato genitourinario.

Práctica 5. Neuroanatomía: osteología del cráneo; vísceras neuroanatómicas.

La sexta y última práctica es una sesión de “repaso”, en la que se incluyen todas las estructuras utilizadas durante el curso, y no se utiliza la estructura de rotación. En esta sesión, el alumno tiene disponible, además de todas las maquetas, la mesa de disección, con un docente en ambas, que permite la resolución de dudas.

En la parte final de esta práctica se realiza un simulacro de examen práctico, que permite al alumno familiarizarse con la dinámica de evaluación. La inclusión de esta sesión ha mejorado el afrontamiento del alumno al examen y los resultados obtenidos en el mismo.

Durante el desarrollo de las prácticas, en dos de las estaciones el alumno trabaja en maquetas estructuras propuestas por el docente, mientras que en la tercera utiliza la mesa de disección. Para ello, recibe un recuerdo anatómico genérico de(l) aparato(s) o sistema(s) que se están trabajando en la asignatura para, posteriormente, llevar a cabo actividades de detección y/o nomenclatura de estructuras. Debido a la aguda curva de aprendizaje de la herramienta, en esta estación siempre hay un docente presente, pese a que la intención es que el alumno sea lo más autónomo posible en las 3 estaciones.

La reciente implantación de la metodología en el Grado, supuso una ruptura con la metodología anteriormente establecida, unida a la escasa disponibilidad de mesas

de este tipo en España (La Facultad de Ciencias de la Salud Incorpora una Mesa de Disección Virtual para Profundizar en la Anatomía Humana a través del 3D, 2022) y a que la metodología utilizada está basada mayoritariamente en la aplicada en países europeos (Chaudhry et al., 2023; Baratz et al., 2019; Rathia et al., 2023), generalmente en grados de medicina, y cuyo sistema educativo presenta diferencias con el español hizo necesario el análisis de la percepción de los alumnos sobre el aprendizaje con estas herramientas (mesa de disección vs maquetas), para analizar la existencia de diferencias entre ambos, con objeto de mejorar la metodología, el aprendizaje y el desarrollo del alumno en la asignatura.

Hipótesis y objetivos

Hipótesis

La percepción de los alumnos, sobre su aprendizaje en anatomía, es diferente utilizando maquetas anatómicas físicas o disección virtual.

Objetivos

- Analizar si existen diferencias en la percepción del uso de maquetas y Anatomage®.
- Determinar si la edad es una variable influyente en la percepción sobre el manejo.
- Conocer la sensación de los alumnos sobre la metodología.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional, transversal por medio de un cuestionario diseñado ad hoc, y dirigido a alumnos de 1º curso del Grado en Enfermería de la Universidad San Jorge.

El cuestionario tuvo carácter autoadministrado, voluntario y de máximo 10 minutos de duración. Se realizó fuera de la jornada académica del alumno y se compuso por 18 preguntas de tipo Likert, con 4 respuestas posibles.

Población y muestra

La asignatura de anatomía humana, durante el curso 2023-24, tuvo un total de 171 alumnos, de los cuales 149 fueron de primera matrícula. Atendiendo a lo anterior, se calculó un tamaño muestral necesario de 86 participantes (Pita, 1996). Se realizó un muestreo de conveniencia entre la población tal y como se expone en el apartado de acceso a la muestra.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

Puesto que la población diana se corresponde con los alumnos matriculados en la asignatura, no se consideraron criterios de inclusión.

Exclusión

- Alumnos en situación de 2º, 3º, o 4º matrícula.
- Ausencia a 1 o más de las sesiones prácticas.
- Alumnos pertenecientes al programa Erasmus.

Acceso a la muestra y recogida de datos

El comienzo del estudio tuvo lugar tras la última práctica de la asignatura, momento en el que se informó a los alumnos de la existencia del estudio, su finalidad y la metodología de trabajo. Se eligió el momento para que los alumnos hubiesen cursado la totalidad de las prácticas y el conocimiento del estudio no supusiese un sesgo. La información se proporcionará por un miembro del equipo de la asignatura que no participa como miembro investigador ni forma parte de la investigación.

El acceso al cuestionario se realizó por medio de un código QR y los alumnos tuvieron una semana para su realización. Durante todo el proceso de difusión de la información se hizo hincapié en que el estudio no tendría impacto en la formación académica del alumno, ni consecuencias positivas o negativas en su desarrollo académico.

Debido a la idiosincrasia del estudio y la necesidad de un cuestionario específico, se diseñó un cuestionario ad hoc por medio de la herramienta Microsoft Forms®. No se recogieron datos que pudiesen identificar al paciente. Todas las preguntas fueron de carácter obligatorio para evitar sesgos por olvido en la respuesta, si bien todas tuvieron una respuesta “NS/NC”.

Variables

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas. La variable “matrícula”, puesto que se trata de un criterio de exclusión, se recogió a modo de cribado de participantes.

- Edad: variable cualitativa policotómica: 18-20/20-25/25-30/30-35/35-40/>40.
- Estudios previos: bachillerato/CFGS/Grado Universitario o equivalente.
- Matrícula: 1ª matrícula/2ª, 3ª o 4ª matrícula.

El cuestionario se compuso por 18 preguntas con respuesta tipo Likert, del 1 al 4, donde 1 fue nada de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Las 16 primeras preguntas recogieron información sobre la percepción en el uso de ambas metodologías,

mientras que las dos últimas abordaban sensaciones del alumno sobre la dinámica de trabajo. Las preguntas relacionadas con la metodología estaban emparejadas, formuladas de forma diferente para que el alumno no las pudiese relacionar.

Tras la realización del estudio, las respuestas se descargaron en una hoja de Microsoft Excel®, que sirvió como base de datos. Posteriormente, el análisis estadístico se realizó por medio de la suite RStudio y para la comparación entre preguntas se trató a cada pareja como variables relacionadas. Por ello, análisis de las diferencias entre pares se realizó por medio de la *prueba de Stuart-Maxwell*.

Limitaciones

No se alcanzó el tamaño muestral requerido de 86 participantes que permitiese extrapolar datos al conjunto poblacional, si bien el haber obtenido una muestra grande, de 57 personas, confirió la potencia suficiente al análisis realizado.

RESULTADOS

Participaron un total de 57 personas, todas ellas de primera matrícula en la asignatura, y cuya distribución según nivel de estudios se puede observar en la figura 1, encontrando una mayoría de participantes provenientes de bachillerato (40).

El análisis por pares solamente mostró diferencias significativas (<0.001) en una pareja y fue en las preguntas relativas a la facilidad de uso de ambos dispositivos. Como se observa en la figura 2, se encontró una mayor percepción de facilidad en la utilización de Anatomage® frente a las maquetas.

Figura 1. Distribución de la muestra según nivel de estudios

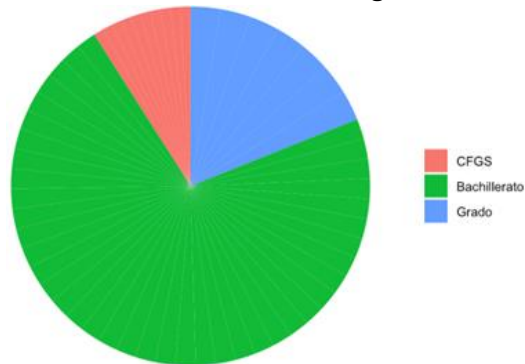
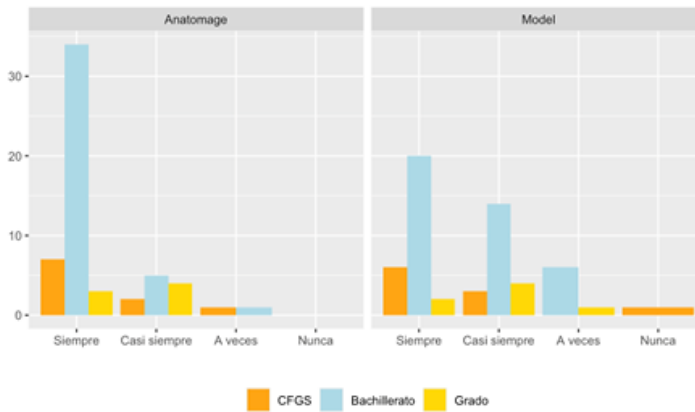


Figura 2. Percepción de la facilidad de uso según dispositivo



El análisis individual de las preguntas que hacían referencia a esta facilidad de uso mostró que no existieron diferencias, según el nivel de estudios, en la percepción frente a Anatomage®. Sin embargo, si se encontraron diferencias en la percepción frente al uso de maquetas, con una mayor sensación de dificultad en su uso encontrada en participantes más jóvenes (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la percepción del uso de Anatomage® según nivel de estudios

Respuesta	Estudios		
	CGS	Bachillerato	Grado
Siempre	6 (60.00%)	20 (50.00%)	2 (28.57%)
Casi siempre	3 (30.00%)	14 (35.00%)	4 (57.14%)
A veces	0 (0.00%)	6 (15.00%)	1 (14.29%)
Nunca	1 (10.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)

Como se muestra en las tablas 2 y 3, la consideración sobre la metodología refuerza el formato actual, que integra a las maquetas anatómicas y Anatomage® de forma combinada (tabla 2), encontrando más de un 95% de los participantes a favor del método; y el modelo de rotación en tres estaciones (tabla 3). Ambas tablas muestran la misma distribución.

Tabla 2. Consideración de los participantes sobre el uso conjunto de las metodologías

Consideración del uso conjunto	
Respuesta	Frecuencia
Siempre	50 (87.72%)
Casi siempre	5 (8.77%)
A veces	2 (3.51%)
Nunca	0 (0.00%)

Tabla 3. Consideración de los participantes sobre la metodología actual

Consideración de la rotación por estaciones	
Respuesta	Frecuencia
Siempre	52 (87.72%)
Casi siempre	2 (8.77%)
A veces	3 (3.51%)
Nunca	0 (0.00%)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La única diferencia existente en la percepción de los alumnos es la referente a la facilidad de uso, considerando Anatomage® como metodología más sencilla frente al uso de las maquetas tradicionales. Lo que viene a confirmar lo que propone Martín (2017), que al tratarse en la mayoría de los casos de alumnos nativos digitales, las nuevas tecnologías forman parte de su realidad social y aunque ello suponga un reto para el docente obligándole a su una constante renovación pedagógica, las nuevas tecnológicas suponen una herramienta que permiten conectar el tema con el alumno de una forma más atractiva y más familiar.

La edad aparece como variable diferenciadora en el uso de maquetas, encontrándose mayor dificultad con población más joven, aunque podría estar influenciado por el tamaño muestral. Como decíamos anteriormente, podemos referirnos a los adultos emergentes como nativos digitales. En ese sentido la incorporación de cualquier metodología tipo TIC en este caso la mesa de disección de Anatomage®, la incorporan con facilidad en su metodología de aprendizaje. Observando mayor dificultad con las maquetas de anatomía tradicional Labbé et al. (2019) llega a la conclusión que es en el grupo de edad de 18-23 años donde más uso se hace de las TICs en su tiempo libre y conforme avanza en los grupos de edad, más va disminuyendo el uso de las mismas. El grupo de edad de 18-23 años es el grupo mayoritario en nuestro estudio.

La metodología utilizada se considera la adecuada por la mayoría de los participantes. La mayoría de los estudios en los que se incorpora la mesa disección virtual Anatomage®, son estudios en el grado de Medicina como en el caso de Kavdavia et al. (2023). En él se comparan principalmente el uso de la disección tradicional con cadáveres con la incorporación de la mesa de disección. Encontrando mejores resultados en los aquellos grupos que utilizaban ambas metodologías. En el trabajo de Said et al. (2023) llegan a la misma conclusión que en el trabajo de Kavdavia et al. el uso de ambas metodologías mejoró el resultado de aprendizaje de la anatomía. Pudiendo de esta forma profundizar en el estudio de la anatomía con sus anomalías y variaciones anatómicas En nuestro caso, se propone una comparativa novedosa entre las maquetas tradicionales y la incorporación de la mesa Anatomage®. Siendo la mezcla de ambas la mejor valorada por la mayoría de los participantes, todos ellos estudiantes de Enfermería.

REFERENCIAS

- Baratz, G., Wilson-Delfosse, A.L., Singelyn, B.M., Allan, K.C., Rieth, G.E., Ratnaparkhi, R., ... Wish-Baratz, S. (2019). Evaluating the Anatomage Table Compared to Cadaveric Dissection as a Learning Modality for Gross Anatomy. *Medical Science Educator*, 29(2), 499–506. doi: 10.1007/s40670-019-00719-z
- Brassett, C., Cosker, T., Davies, D.C., Dockery, P., Gillingwater, T.H., Lee, T.C., ... Wilkinson, T. (2020). COVID-19 and anatomy: Stimulus and initial response. *Journal of Anatomy*, 237(3), 393–403. doi: 10.1111/joa.13274
- Chaudhry, H., Rana, S., Bhatti, M.I., Al-Ansari, N., Al Theyab, A., Almutairi, T., ... Raoof, A. (2023). Utility of the Anatomage Virtual Dissection Table in Creating Clinical Anatomy and Radiology Learning Modules. *Advances in Medical Education and Practice*, 14, 973–981. doi: 10.2147/AMEP.S417831
- Kavvadia, E.M., Katsoula, I., Angelis, S., y Filippou, D. (2023). The Anatomage Table: A Promising Alternative in Anatomy Education. *Cureus*, 15(8), e43047. doi: 10.7759/cureus.43047
- Kažoka, D. y Pilmane, M. (2017). Teaching and learning innovation in present and future of human anatomy course at RSU. *Papers on Anthropology*, 26, 44. doi: 10.12697/poa.2017.26.2.05
- La Facultad de Ciencias de la Salud incorpora una mesa de disección virtual para profundizar en la anatomía humana a través del 3D (2022). *Actividades Académicas*. USJ.
- Labbé, C., López-Neira, L., Saiz, J.L., Vinet, E.V., y Boero, P. (2019). Uso de TIC en estudiantes universitarios chilenos: enfoque desde la adultez emergente. *Pensamiento Educativo*, 56(2), 1–14. doi: 10.7764/PEL.56.2.2019.2
- Lim, K.H.A., Loo, Z.Y., Goldie, S.J., Adams, J.W., y McMenamin, P.G. (2016). Use of 3D printed models in medical education: A randomized control trial comparing 3D prints versus cadaveric materials for learning external cardiac anatomy. *Anatomical Sciences Education*, 9(3), 213–221. doi: 10.1002/ase.1573
- Martín, M. (2017). Aportaciones pedagógicas de las TIC a los estilos de aprendizaje. *Tendencias Pedagógicas*, 30, 91-104. doi: 10.15366/TP2017.30.005
- Pita, S. (1996). *Determinación del tamaño muestral*. Fistera.
- Raja, B.S., Chandra, A., Azam, M.Q., Das, S., y Agarwal, A. (2022). Anatomage - the virtual dissection tool and its uses: A narrative review. *Journal of Postgraduate Medicine*, 68(3), 156–161. doi: 10.4103/jpgm.jpgm_1210_21
- Rathia, D.S., Rathore, M., John, M., y Ukey, R.K. (2023). The Efficacy of Utilizing the Anatomage Table as a Supplementary Educational Resource in Osteology Instruction for First-Year Medical Students. *Cureus*, 15(10), e46503. doi: 10.7759/cureus.46503
- Said, M.A.A. (2023). Use of the Anatomage Virtual Table in Medical Education and as a Diagnostic Tool: An Integrative Review. *Cureus*, 15(3), e35981. doi: 10.7759/cureus.35981
- Smith, C.F., Martínez-Álvarez, C., y McHanwell, S. (2014). The context of learning anatomy: does it make a difference? *Journal of Anatomy*, 224(3), 270–278. doi: 10.1111/joa.12089
- Sugand, K., Abrahams, P., y Khurana, A. (2010). The anatomy of anatomy: A review for its modernization. *Anatomical Sciences Education*, 3(2), 83–93. doi: 10.1002/ase.139

Ward, T., Wertz, C., y Mickelsen, W. (2018). Anatomage Table Enhances Radiologic Technology Education. *Radiologic Technology*, 89, 304–306.

CAPÍTULO 17

ANÁLISIS DEL RIESGO SUICIDA Y LA AUTOESTIMA COMO POTENCIALES FACTORES CENTRALES DE PROGRAMAS DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

CRISTINA MÉNDEZ AGUADO*, MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO**,
JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ*, VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA*,
Y DÉBORAH NEGRÍN PERAZA*

**Universidad de Almería; **Universidad de Almería y UNIR*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, dividida en tres subperíodos conocidos como adolescencia temprana, media y tardía, comprende una etapa vital cuyas características influyen sobre la vulnerabilidad de los jóvenes a desarrollar problemas a nivel psicológico y social que favorecen la aparición de pensamientos o comportamientos suicidas (Gaete, 2015).

Autores como Nandini et al. (2018) definen el concepto de comportamiento suicida como una serie de actos que se llevan a cabo de manera consciente y con la intencionalidad de acabar con la vida de uno mismo y abarca desde los intentos de ello hasta la propia consumación, reflejando siempre un estado de gran desesperación y sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud (2020), establece el suicidio como una de las principales causas de muerte entre personas jóvenes debido a que se trata de un período de la vida en el que la persona está configurando su forma de ser y su personalidad otorgando mayor importancia a los componentes de su entorno, siendo más susceptibles a lo que estos opinen. Asimismo, experimentan dificultades emocionales por los cambios abruptos que enfrentan, entre los que se encuentran problemas de autoestima y de adaptación al medio debido a los cambios interiores que están experimentando, así como un mayor distanciamiento de la familia (Gaete, 2015).

De esta manera, la prevención del suicidio se sitúa como una de las áreas de intervención más críticas actualmente. No obstante, continúa existiendo un gran rechazo hacia este tema, predominando el ocultismo de muchos de estos casos y, por tanto, no aunando todos los esfuerzos posibles en crear herramientas y/o intervenciones que ayuden a prevenirlo. Esta prevención es posible, mayoritariamente cuando se trata de intervenciones tempranas y cuando se crean estrategias adaptadas a este sector poblacional, interviniendo sobre los indicios de ideación suicida y evitando que deriven en su consumación (Cañón y Carmona, 2018).

No obstante, para poder crear este tipo de intervenciones es de gran importancia conocer más a fondo todo lo que engloba el riesgo suicida, sobre todo los factores

mediadores para su aparición, así como los problemas de autoestima que surgen en los adolescentes y la relación que existe entre ambos conceptos, de manera que se pueda comprender en profundidad el nivel de afección al que se debe hacer frente y a aquellas cuestiones que deben estar integradas en el programa de intervención de manera primordial.

La adolescencia implica la existencia de un elevado nivel de impulsividad que no permite actualizar de manera razonada. Además, predomina una baja tolerancia a las emociones, así como problemas en su manejo (Pérez y Mayorga, 2022). Todo ello, se agrupa en un gran concepto conocido como Inteligencia Emocional, cuyo nivel es significativamente bajo durante esta etapa vital, existiendo claras dificultades a la hora de identificar las emociones propias y ajenas, así como en su control (Acosta, 2022). Esto deriva en problemas de adaptación al medio y solución de problemas (Caballero et al., 2015). Asimismo, presentan una baja autoestima, llegando a sentir rechazo por uno mismo (Sigüenza et al., 2019). En este sentido, se observan cómo factores biológicos clave de este período favorecen la aparición de conductas suicidas. Sin embargo, no son sólo estos factores biológicos inherentes a la adolescencia los que actúan favoreciendo esta problemática, sino que también influyen cuestiones psicológicas, sociales y familiares (Acosta, 2022).

Son diversos los estudios que han estudiado los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes y han profundizado en los grupos expuestos anteriormente.

Uno de estos grupos está compuesto por factores de tipo psicológico y emocional. En él destacan problemas en la regulación emocional que favorecen el incremento del nivel de estrés y, en consecuencia, procesos de rumiación y mayor propensión a aparición de emociones de tipo negativo (Chamorro et al., 2024; King et al., 2024). De igual manera, se encuentran presentes diferentes trastornos mentales que varían en tipo y grado de afección. Los predominantes y con mayor relación con el riesgo de suicidio son la depresión, ansiedad y problemas de autoestima, en muchos casos derivados de situaciones de bullying (Park, 2023; Tabares et al., 2024).

Un segundo grupo son los factores sociales y relacionales. Atendiendo al ámbito de la amistad, de las relaciones que se producen entre pares, el acoso es la principal causa de incremento del riesgo de suicidio (Richardson et al., 2024). En cuanto al familiar, se destacan el lugar de residencia, siendo más vulnerables aquellas personas que habitan en lugar socioeconómicos bajos, y la existencia de violencia de tipo verbal o psicológica (Padilla-Guerrero y Paredes-Garcés, 2023).

Por otro lado, también existen factores conductuales dirigidas a diversos ámbitos. Entre ellos destacan el control extremo del peso y el consumo de sustancias, así como el abuso de dispositivos móviles y un uso exceso de internet y videojuegos (Chamorro et al., 2024; Johnson et al., 2016).

Como último grupo de factores aparecen los de tipo académico, en el que la frustración antes la no consecución de metas autoimpuestas en este ámbito actúa como promotora de un mayor riesgo de suicidio (Park, 2023).

Un medio para trabajar la reducción del riesgo de suicidio es la promoción de la Inteligencia Emocional (IE). Se trata de un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Su comienzo vino de la mano de Gardner (1988) quien rompe con la concepción de la inteligencia como algo homogéneo y único y se propone el modelo de Inteligencias Múltiples, compuesto por diferentes habilidades entre las que se encuentra las relaciones interpersonales e intrapersonales. En este sentido, Salovey y Mayer (1990) ahondan en esta segunda cuestión, creando el concepto de IE y definiéndolo como una habilidad para detectar las emociones, comprenderlas y gestionarlas de manera que actúen de manera positiva para uno mismo. En concreto, se trata de un concepto que se compone de cuatro áreas y que se conoce como modelo de habilidades (Salovey y Mayer, 1997):

- Percepción emocional: reconocimiento de emociones personales y ajenas.
- Facilitación emocional: uso adecuado de las emociones para la resolución de problemas y toma de decisiones.

- Comprensión emocional: interpretación y análisis de las emociones.

- Regulación emocional: gestión de las emociones propias y ajenas

Años más tarde, Goleman (1995) trabajó realizando algunas modificaciones a este constructo dando lugar a un modelo mixto compuesto por cinco componentes:

- Autoconciencia: identificación y comprensión de las emociones propias.

- Autorregulación: control de las emociones, evitando la impulsividad.

- Motivación: impulso para alcanzar las metas personales.

- Empatía: comprensión de las emociones ajenas de manera que se permita ponerse en el lugar del otro.

- Habilidades sociales: gestión y manejo de las relaciones interpersonales.

Otro autor de gran relevancia en este modelo mixto es Bar-On (1997) cuyo modelo se compone de los siguientes componentes:

- Componente intrapersonal: conocimiento emocional de uno mismo.

- Componente interpersonal: capacidad para mantener relaciones exitosas.

- Componente del estado de ánimo general: capacidad de gestión de las emociones persistentes hacia aquellas de tipo positivo.

- Componentes de adaptabilidad: capacidad de hacer frente a las circunstancias de manera exitosa.

- Componentes de manejo del estrés: control de impulsos.

Hoy en día estos modelos coexisten entre sí, siendo más común la utilización de los de tipo mixto. El trabajo de la IE en el ámbito académico es de gran importancia actualmente ya que contribuye en su bienestar general y rendimiento académico

(Puertas-Molero et al., 2020). Se trata de una habilidad que permite mejorar las relaciones intrapersonales e interpersonales, tan afectadas durante la adolescencia como se ha podido ver anteriormente y, a su vez, factores clave del riesgo de suicidio y del desarrollo de factores psicológicos personales como la autoestima, dos cuestiones también relacionadas estrechamente entre sí (Gómez, Agudelo, Núñez y Caballo, 2020).

Debido a esta relación entre IE, riesgo suicida y autoestima, aparece la necesidad de continuar profundizando en el tema. Por ello, el objetivo principal de este trabajo es determinar si existe relación entre el riesgo suicida y el autoestima y como objetivos específicos se establecen identificar el nivel de afectación de los adolescentes en ambas cuestiones y si existen diferencias en ellas según el sexo. De esta manera, se pretende situar la IE como posible medio de intervención sobre ambas variables debido a su capacidad de trabajo al unísono.

Para lograr estos objetivos, se han creado las siguientes hipótesis:

- Existe correlación entre riesgo suicida y autoestima.
- El nivel de riesgo de suicidio es elevado y de autoestima bajo en los adolescentes.
- Existen diferencias significativas en cuanto al sexo respecto al riesgo suicida y a la autoestima.

MÉTODO

Participantes

En este estudio han participado 376 alumnos pertenecientes a la etapa de Educación Secundaria Obligatoria con una media de edad de 14 años ($D=1,225$), obteniendo un mínimo de 12 años y un máximo de 18 años debido a la presencia de repetidores. En este estudio han participado dos institutos pertenecientes a la provincia de Almería con una distribución de alumnos de 261 – 115 estudiantes de cada centro. En cuanto al género, 184 estudiantes han sido hombres, 186 mujeres y 6 se han identificado dentro del grupo “otros”.

Instrumentos

Para llevar a cabo este estudio se han utilizado dos cuestionarios:

- *Escala de autoestima* de Rosenberg: compuesto por 10 ítems con cuatro puntuaciones evaluadas en escala Likert siendo 3 muy de acuerdo y 0 muy en desacuerdo. Para evaluar los resultados se debe atender a la siguiente clasificación: menos de 25 puntos se relaciona con una autoestima baja; de 26 a 29 puntos con autoestima media; y de 30 a 40 puntos con autoestima elevada, considerada en nivel normal.

- *Escala del Riesgo Suicida*: escala validada por Bahamón y Alarcón-Vásquez (2017) y compuesta por 20 ítems evaluados en escala Likert variables desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 6 (muy de acuerdo). A la hora de evaluar los resultados, los autores proponen una serie de puntuaciones y centiles según el sexo. En este sentido, cuanto mayor sea el centil, mayor es la gravedad de la situación.

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con los dos centros para explicar la investigación a realizar y cómo se iba a realizar. Una vez obtenido el visto bueno, se solicitó permiso a los padres para la participación del alumnado a través del centro escolar. Aquellos alumnos que pudieron participar fueron convocados para la realización de las pruebas durante algunas horas lectivas previamente acordadas con los centros. En primer lugar, se procedió a explicarles qué se iba a realizar, su finalidad y cómo completar los cuestionarios. A continuación, se pasaron los cuestionarios y se resolvieron las dudas que fueron surgiendo. Una vez recogidos todos, se pasaron a formato digital al programa SPSS.

Análisis de datos

Tras incorporar todos los datos obtenidos de los cuestionarios al programa estadístico SPSS, se procedió a realizar los análisis pertinentes.

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos. A continuación, se realizó un análisis de consistencia interna a través del Alpha de Cronbach para continuar con un análisis de correlación de Pearson entre las dos variables de estudio: riesgo suicida y autoestima. Por último, se ha estudiado el nivel de ambas variables en la muestra participante a través de la prueba t de student para muestras independientes diferenciando entre según el sexo; así como el nivel de cada variable según sus puntuaciones medias y los máximos y mínimos posibles en cada una.

RESULTADOS

Los análisis realizados han permitido obtener los siguientes resultados, partiendo del análisis de fiabilidad realizado con el Alpha de Cronbach que ha arrojado valores superiores a 0.8 para cada una de las variables de estudio.

A continuación, se ha llevado a cabo el análisis de correlación de Pearson. En la tabla 1 aparecen reflejados los resultados obtenidos. Se puede observar que existe correlación positiva que varía entre moderada y fuerte entre los diferentes factores que componen el riesgo suicida y su valor total. A su vez, también existe correlación negativa moderada entre todos los componentes del riesgo suicida y su valor total respecto a la autoestima.

Tabla 1. Correlaciones de Pearson. Riesgo Suicida y Autoestima

	1	2	3	4	5	6
1. Riesgo suicida. Depresión		,660**	,603**	,653**	,878**	,550**
2. Riesgo suicida. Ideación			,669**	,519**	,872**	,425**
3. Riesgo suicida. Aislamiento				,539**	,814**	,428**
4. Riesgo suicida. Falta de apoyo familiar					,789**	,467**
1. Riesgo suicida total						,556**
2. Autoestima	-,570**	-,405**	-,456**	-,526**	-,577**	

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Posteriormente, se ha realizado el análisis para muestras independientes a través de la t de student. Este aparece reflejado en la tabla 2 y se han estudiado las diferencias en las puntuaciones de las variables según el sexo. Según los resultados, se puede observar que existen diferencias significativas para los siguientes factores: riesgo suicida total, riesgo suicida según falta de apoyo familiar y autoestima total, todos ellos siendo superiores en mujeres que en hombres.

Tabla 2. Prueba t de student para muestras independientes

	Género	N	Media	Desv	Sig	Sig (bilateral)
RSTotal	Hombre	184	39,5000	18,46929	.072	.007
	Mujer	186	44,8871	20,02304		
RSDepresión	Hombre	184	12,4728	5,84399	.021	0,46
	Mujer	186	13,7849	6,73490		
RSIdeación	Hombre	184	9,3804	6,84862	0,85	0,65
	Mujer	186	10,7473	7,35550		
RSAislamiento	Hombre	184	7,2989	4,38487	.264	.222
	Mujer	186	7,8710	4,60253		
RSFaltaApoyoFamiliar	Hombre	184	10,3478	4,79739	.374	.000
	Mujer	186	12,4839	5,08865		
AutoestimaTotal	Hombre	184	19,0000	5,61808	.031	.000
	Mujer	186	21,6935	6,43367		

Nota: RS: Riesgo Suicida

Tabla 3. Nivel de afectación promedio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
AutoestimaTotal	376	10,00	38,00	20,4122	6,19830
RSDepresión	376	6,00	36,00	13,1303	6,32974
RSIdeación	376	6,00	36,00	10,1037	7,13806
RSAsislamiento	376	4,00	24,00	7,5878	4,49210
RSFaltaApoyoFamiliar	376	4,00	24,00	11,4202	5,05532
RSTotal	376	20,00	120,00	42,2420	19,42527

Nota: RS: Riesgo de Suicidio

En último lugar se han calculado las puntuaciones medias obtenidas para cada factor y cuestionario con el fin de determinar el nivel de afectación promedio del

alumnado objeto de estudio. Estas cuestiones aparecen recogidas en la tabla 3 y se muestra cómo, para la variable autoestima, se observa una puntuación inferior a 25 puntos, lo que equivale a un nivel bajo de esta y requiere de intervención. Asimismo, el nivel total de riesgo de suicidio es también elevado, la media se encuentra en torno a los 42 puntos, lo que equivale a un centil medio, lo que indica también niveles a considerar. Además, se observa que de los diferentes factores que componen el riesgo de suicidio, el que mayor puntuación presenta es el de depresión, seguido muy de cerca de la falta de apoyo familiar y de la ideación suicida, dejando en último lugar al factor aislamiento.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Este trabajo ha tenido por objetivos determinar si existe correlación entre el riesgo de suicidio y la autoestima con el fin de que puedan ser consideradas dos variables a trabajar de manera conjunta a través de intervenciones basadas en IE ya que está demostrado que interviene sobre ellas de manera individual. Asimismo, se ha tratado de esclarecer el nivel de afectación del alumnado en estas cuestiones y si existen diferencias de sexo significativas.

Teniendo todo esto en cuenta, los resultados obtenidos han permitido aceptar la primera hipótesis ya que se ha demostrado que existe correlación entre riesgo de suicidio total, todos sus componentes y la autoestima. Se tratan de hallazgos en consonancia con estudios como el realizado por Cortaza-Ramírez, Aguilar-Hernández, Khiabet y Morales-Rodríguez (2022) quienes encuentran correlación negativa entre riesgo suicida y autoestima, sobre todo en cuenta a la ideación ya que problemas en salud mental y en la estima que se tiene de uno mismo pueden conllevar pensamiento negativos y catastróficos sobre el presente y futuro y derivar en situaciones de suicidio o intento de este.

La segunda hipótesis de partida también ha sido aceptada ya que se han encontrado diferencias relativas al sexo en cuanto a las variables de estudios. Por un lado, se ha determinado que existen diferencias significativas a nivel de riesgo de suicidio, siendo este mayor en mujeres. Este resultado se encuentra en consonancia con lo expuesto por Cañón y Carmona (2018), quienes establece que, si bien son los hombres lo que consuman el acto, son las mujeres las que predominan en ideación e intentos no consumados, debiéndose a diferencias de sexo en el manejo emocional negativo. Por otro lado, se ha encontrado que los hombres presentan un menor nivel de autoestima que las mujeres. Si bien numerosos artículos sitúan a las mujeres como grupo con menor autoestima (Carranza y Flores, 2023; Guasti y Gaibor, 2022), en otras ocasiones se detecta lo contrario. Esto puede deberse a la mediación de factores no evaluados en este trabajo como puede ser el acoso escolar que, como se ha visto anteriormente, los hombres tienden a exteriorizarlo menos que las mujeres antes de

cometer el acto propiamente dicho, lo que también justificaría que se haya obtenido un mayor riesgo en mujeres (Azúa, Rojas y Ruíz, 2020).

Por último, se ha aceptado la tercera hipótesis ya que se ha encontrado un nivel bajo de autoestima y nivel alto en riesgo de suicidio. Estos datos se encuentran en consonancia con estudios como los de (Quezada-Martín et al., 2021; Romero y Giniebra, 2022) y una de las principales causas actuales de esta situación es el bullying debido a la gran incidencia actual dentro de las aulas (Stannis, 2019), así como un efecto secundario de la pandemia acontecida recientemente (Romero y Giniebra, 2022) y a los bajos niveles de IE que presenta el alumnado, altamente relacionada con las variables de estudio (Gómez, Agudelo, Núñez y Caballo, 2020).

A pesar de los resultados obtenidos, este trabajo ha tenido una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra podría haber sido más amplia, abarcando mayor cantidad de centros educativos. Asimismo, existen factores que pueden actuar como mediadores reduciendo o aumentando el nivel de las variables de estudio y no han sido considerados en este trabajo, lo que dificulta encontrar una explicación a los resultados obtenidos.

Respecto a futuras líneas de investigación, se recomienda ampliar el rango de variables de estudio, estableciendo mayores relaciones entre ellas y pudiendo llegar a conclusiones más concretas que faciliten la creación de intervenciones sobre esta difícil situación actual.

Como conclusión final, cabe destacar que este trabajo, al poner en relieve la unión existente entre riesgo de suicidio y autoestima, sirve como referente para crear intervenciones en las que se deban considerar ambas variables de manera conjunta. Considerando que la Inteligencia Emocional ha sido relacionada con el desarrollo de la autoestima y con la reducción del riesgo de suicidio al intervenir sobre sus componentes sociales y psicológicos parece ser una buena alternativa a la hora de crear intervenciones para mejorar esta situación actual de gran relevancia, ya que permitiría actuar de manera conjunta sobre una gran cantidad de factores a través de un mismo programa. No se debe olvidar que la adolescencia es un período de grandes cambios y vulnerabilidad que crea necesidades específicas en los adolescentes y que requiere de mayor comprensión para promover actuaciones mucho más adaptadas a sus características y necesidades, promoviendo la salud mental y el bienestar de los jóvenes.

REFERENCIAS

Acosta, R. (2022). *Riesgo de suicidio en adolescentes de 13 a 18 años de la unidad educativa 26 de febrero de la ciudad de paute, en el año 2022*. Repositorio UCUENCA. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/40173/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>

Atienza, F.L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 21(1-2), 29-42.

Azúa, E., Rojas, P. y Ruiz, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(3). doi: 0.32641/rchped.v91i3.1230

Bahamón, M.J. y Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1-15. doi:10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient inventory (EQ-I)*. Multi-health systems.

Caballero, C., Suárez, Y. y Burgos, H. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 1-13.

Cañón, S.C. y Carmona, J.A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes jóvenes. *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 20, 387-395.

Carranza, J.D. y Flores, V.F. (2023). La autoestima y su relación con la autoeficacia en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 1299.

Chamarro, A., Díaz-Moreno, A., Bonilla, I., Cladellas, R., Griffiths, M.D., Gómez-Romero, M.J. y Limonero, J.T. (2024). Stress and suicide risk among adolescents: the role of problematic internet use, gaming disorder and emotional regulation. *BMC Public Health*, 24, 326. doi:10.1186/s12889-024-17860-z

Cortaza-Ramírez, L., Aguilar-Hernández, H. Khiabet, Montiel-Santiago, R. B., y Morales-Rodríguez, Z. Y. (2022). Autoestima e ideación suicida en adolescentes estudiantes de secundaria. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 286-296. doi:10.56712/latam.v3i2.82

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <http://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Gardner, H. (1988). *Inteligencias Múltiples*. Barcelona: Paidós.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.

Gómez, A.S., Agudelo, M.P., Núñez, C. y Caballo, V.E. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 38(3), 403-426. doi:10.4067/S0718-48082020000300403

Guasti, J.M. y Gaibor, I.A. (2022). Exposición a la violencia y su relación con la autoestima en adolescentes. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 6(3), 1168-1184. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2281

Johnson, E.R., Weiler, R.M., Barnett, T.E. y Pealer, L.N. (2016). Extreme weight-control behaviors and suicide risk among high school students. *Journal of School Health*, 86, 281-287.

King, C.A., Gipson, P.Y., Ahamed, S.I., Webb, M., Casper, T.C., Brent, D., ... Bagge, C.L. (2024). 24-Hour warning signs for adolescent suicide attempts. *Psychological Medicine*, 54, 1272-1283. doi:10.1017/S0033291723003112

Nandini, N., Chaube, N. y Dahiya, M. S. (2018). Psychological review of suicide stories of celebrities: The distress behind contentment. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 9(2), 280-285.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>

Padilla-Guerrero, M.B. y Paredes-Garcés, M.G. (2023). Factores de riesgo y signos de alarma asociados al suicidio. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 521

Park, E. (2023). The influences of mental health problem on suicide-related behaviors among adolescents: Based on Korean Youth Health Behavior Survey. *Jkasne*, 29(1), 98-108. doi:10.5977/jkasne.2023.29.1.98

Pérez, J. y Mayorga, P. (2022). bienestar psicológico y su relación con la impulsividad e ideación suicida en adolescentes. *Revista Psicología UNEMI*, 88-99.

Puertas-Molero, P., Zurita, F., Chacón, R., Castro, M., Ramírez, I. y González, G. (2020). Emotional intelligence in the field of education: a meta-analysis. *Anales de Psicología*, 36(1), 84-91. doi:10.6018/analesps.345901

Quezada-Martín, N.G., Hernández-Sandoval, G.B., Hernández-Jacinto, B.D., Martínez-Díaz, L.E., Mejía-Guerrero, L. y Guerrero-Mojica, N. (2021). Funcionamiento familiar relacionado con el riesgo suicida en adolescentes de una secundaria en Aguascalientes. *Luz Médica*, 47.

Richardson, S.C., Gunn, L.H., Phipps, M. y Azasu, E. (2024). Factors associated with suicide risk behavior outcomes among high school adolescents. *Journal of Community Health*, 49, 466-474. doi:10.1007/s10900-023-01312-7

Romero, A.D. y Giniebra, R. (2022). Funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID-19. *PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 1(1), 1-18. doi:10.5281/zenodo.5852508

Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3,) 185-211. doi:10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

Salovey, P. y Sluyter, D.J. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: educational implications* (1st ed). Basic Books.

Sigüenza, W., Quezada, L. y Reyes, L. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*, 19-28.

Stannis, R.C. (2019). Respuesta al acoso (RTB): Habilidades conductuales y formación in situ para individuos diagnosticados con discapacidades intelectuales. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 52, 3-83.

Tabares, A.S., Restrepo, J.E. y Zapata-Lesmes, G. (2024). The effect of bullying and cyberbullying on predicting suicide risk in adolescent females: The mediating role of depression. *Psychiatry Research*, 337, 115968.

CAPÍTULO 18

INVESTIGACIÓN DOCENTE: FOMENTO DEL DESARROLLO EMOCIONAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 6 A 12 AÑOS

VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA*, DÉBORAH NEGRÍN PERAZA*,
CRISTINA MÉNDEZ AGUADO*, MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO**,
Y JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ*

**Universidad de Almería; **Universidad de Almería y UNIR*

INTRODUCCIÓN

Situación actual

El concepto de emociones es un término bastante amplio y ambiguo, el estudio realizado por Fernández y Cabello (2020) habla de un concepto, la inteligencia emocional, como base del desarrollo emocional. Hay diversos autores que han trabajado con este concepto de inteligencia emocional desde distintos modelos, entre ellos se encuentran Daniel Goleman o Peter Salovey y Jonh Mayer (Jiménez et al., 2020).

Según Garrote et al. (2021), una educación emocional óptima debe trabajar la inteligencia emocional de los sujetos, dándoles la oportunidad de mejorar sus emociones, además de la identificación, diferenciación y asimilación de estas, tanto propias como ajenas. Llegando a estar directamente relacionada con la prevención en problemas de salud, es decir, en hábitos saludables (Vázquez, 2020).

Hoy día, siguiendo las ideas de Padilla et al. (2022), es importante impulsar una formación emocional del profesorado y de los padres para contribuir al desarrollo emocional que tantos beneficios presenta de cara a formar futuros ciudadanos. Por ello, como la educación conlleva responsabilidades compartidas entre escuela y familia, es necesario abordar la enseñanza emocional formalmente en el ámbito escolar (Godoy et al., 2021).

En definitiva, trabajar las emociones en la edad escolar es una premisa básica porque es cuando se consolida la personalidad, según Canet et al., (2020) es fundamental dominar la capacidad de autorregulación para alcanzar múltiples beneficios a nivel conductual, de rendimiento académico, de procesos cognitivos. Los niños y niñas con Síndrome de Down se caracterizan por unos aspectos emocionales concretos, en la mayoría de los casos presentan problemas para controlar la frustración y para tomar la iniciativa a la hora de iniciar una conversación o de mantener un tema. A su vez, tienen falta de motivación en aquellos aspectos que desconocen, por lo que no tienen interés en lo novedoso, pero sí tienen una gran predisposición por el contacto físico, pero la falta de atención a sus emociones hace

que presenten dificultades en su relación consigo mismos y a nivel de inclusión social, como recogen González et al. (2022) en su estudio.

En cuanto a la metodología empleada para realizar las intervenciones, esta se fundamenta en el Aprendizaje Basado en el Juego, que, como recoge Uribe-Delgado (2023), el juego es fundamental para el desarrollo motriz, cognitivo y social, por ello, es ideal beneficiarse de esta herramienta, usándola de manera concienciada y no indistintamente, como medio para alcanzar aprendizajes y conocimientos significativos sin perder el aspecto motivador.

Hipótesis de la investigación

Una vez concluida la fundamentación teórica, las hipótesis planteadas son:

H1: Los niños con Síndrome de Down pueden presentar mejoras en el desarrollo emocional con un trabajo continuado.

H2: La metodología de Aprendizaje Basado en el Juego presenta múltiples beneficios para alcanzar un desarrollo emocional de calidad.

Objetivos

Para el presente proyecto los objetivos que se persiguen son, a nivel de objetivo general:

- Desarrollar el autoconocimiento y la gestión de emociones positivas y negativas en el alumnado con Síndrome de Down de entre 6 y 12 años.

Por otro lado, en cuanto a los objetivos específicos que se buscan trabajar con el presente programa de intervención son:

1.- Enseñar a diferenciar entre la alegría y la tristeza a través del juego para el alumnado con Síndrome de Down.

2.- Aprender a regular la tristeza en situaciones cotidianas en niños y niñas con Síndrome de Down.

3.- Determinar si una intervención en alumnado con Síndrome de Down mejora la gestión de la tristeza entre los 6 y 12 años.

MÉTODO

Participantes

En este caso, se ha llevado a la práctica con un alumno que presenta Síndrome de Down de unos 11 años de edad que cursa tercer ciclo de Educación Primaria. Este ha recibido estimulación desde una edad temprana, y está escolarizado en modalidad B, por ello, su nivel de habilidades sociales es elevado, la articulación de sonidos es clara y donde más dificultades presenta es a nivel de comprensión. A su vez, tiene una conducta prepotente y activa, y también presenta problemas visuales, haciendo uso de

gafas para remediar la falta de visión. Señalar también que presenta torpeza a nivel de motricidad, tanto fina como gruesa.

Instrumentos

Para medir la efectividad de la intervención se usarán tres instrumentos de evaluación, en primer lugar, un cuestionario pre y post intervención adaptado al alumno con Síndrome de Down. Gracias a ello se podrán comprobar los conocimientos previos de los que parte el alumno y si estos cambian o se mantienen tras la realización de las sesiones.

En segundo lugar, se hará uso de un diario de emociones que completará el alumno y con el que se irá viendo cómo progresa su reconocimiento y gestión emocional día a día ante las distintas situaciones que se le puedan presentar, ya sea en el ámbito social, académico o familiar. En tercer y último lugar, se hará uso de una rúbrica, recogida en la Tabla 1, en la que, con ayuda de la observación directa, se podrá ver si al completar el estudio el alumno ha alcanzado los ítems propuestos.

Tabla 1. Rúbrica para evaluar el desarrollo emocional en alumnado con Síndrome de Down de 6 a 12 años

Ítems	No adecuado	Adecuado	Bueno	Excelente
Reconoce las emociones de alegría	Nunca o casi nunca reconoce emociones alegres	A veces reconoce emociones alegres	Casi siempre reconoce emociones alegres	Siempre reconoce emociones alegres
Reconoce las emociones de tristeza	Nunca o casi nunca reconoce emociones tristes	A veces reconoce emociones tristes	Casi siempre reconoce las emociones tristes	Siempre reconoce las emociones tristes
Sabe distinguir entre emociones alegres y tristes	Nunca o casi nunca distingue entre emociones alegres y tristes	A veces distingue entre emociones alegres y tristes	Casi siempre distingue entre emociones alegres y tristes	Siempre distingue entre emociones alegres y tristes
Es capaz de gestionar sus emociones cuando está mal	Nunca o casi nunca es capaz de gestionar sus emociones cuando está mal	A veces es capaz de gestionar sus emociones cuando está mal	Casi siempre es capaz de gestionar sus emociones cuando está mal	Siempre es capaz de gestionar sus emociones cuando está mal
Puede controlar su frustración	Nunca o casi nunca puede controlar su frustración	A veces puede controlar su frustración	Casi siempre puede controlar su frustración	Siempre puede controlar su frustración
Expresa lo que siente	Nunca o casi nunca puede expresar lo que siente	A veces expresa lo que siente	Casi siempre expresa lo que siente	Siempre expresa lo que siente

También se tendrá en cuenta el testimonio de su tutora del centro escolar, se realizará una breve entrevista, previamente a comenzar el estudio para conocer las características más destacadas del alumno, y se repetirá esta una vez se hayan acabado todas las sesiones. El objetivo de esto es recoger si la tutora, como persona

que pasa gran parte del tiempo con el alumno y lo ve en distintas situaciones, ha notado cambios en el comportamiento o en la forma de actuar del estudiante o cualquier otro aspecto reseñable.

Procedimiento

Este programa de intervención se ha llevado a cabo a lo largo de 8 sesiones teniendo estas una duración de una hora, realizando dos por semana. Para llevarlas a cabo se siguió en todo momento la metodología de Aprendizaje Basado en el Juego, también se recurrió a las técnicas de imitación y repetición que ayudarán a la adquisición de las habilidades emocionales y de los contenidos, siendo estas técnicas unas herramientas muy funcionales para facilitar la comprensión a todo el alumnado, y, en especial, a los niños y niñas de Educación Especial.

La programación que se ha llevado a cabo durante las distintas sesiones sigue un desarrollo curricular fundamentado en la Orden del 30 de mayo de 2023, que regula, entre otros, el currículo correspondiente a la etapa de Educación Primaria, en concreto en el Anexo II, que recoge el desarrollo curricular de las diferentes áreas, y en el Real Decreto 157/2022, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas en Educación Primaria, centrándose en el área de Educación en Valores Cívicos y Éticos realizando las adaptaciones necesarias según las particularidades del alumnado. No obstante, es importante señalar la existencia de las Instrucciones del 8 de marzo de 2017, por la que se actualiza el protocolo de detección de las NEAE y su respuesta educativa.

En primer lugar se harán uso de vídeos con subtítulos, breves y visuales buscando implantar el Diseño Universal de Aprendizaje para que todo el alumnado, con NEAE o no, alcance la comprensión más óptima posible, teniendo de esta manera un refuerzo visual ante las explicaciones dadas. A su vez, se dedicará parte de las sesiones a trabajar técnicas de relajación y autocontrol emocional a través de la respiración guiada.

Pasando a las actividades, estas van desde iniciales para ir introduciendo las emociones básicas a trabajar, hasta más complejas, realizando en ocasiones inferencias y suposiciones. En primer lugar, se realizarán lotos o asociaciones donde el alumno deberá reconocer qué emoción se presenta en la imagen, usando rostros de niños/as reales, y relacionarlos con la situación correcta donde se daría esa emoción. Además deberá añadir a su respuesta una justificación y decir cuándo se siente él así. Al hilo de esta actividad y recuperando las tarjetas con las emociones presentes, se jugará al memory con el fin de interiorizar las emociones básicas, denominarlas y asociarlas a su expresión facial correspondiente.

Por otra parte, se trabajará la construcción de historias a través de elementos predeterminados, se usarán dos dados, uno con seis lugares en sus caras, y otro con

seis emociones distintas. El alumno deberá lanzar los dados y, con lo que obtenga, realizar una oración lógica al respecto y relacionándolo con una emoción positiva o negativa, según lo que le toque, a distintos lugares, se hará primero escrito y luego oral para que no sea tedioso. Con esta actividad el alumno trabajará el reconocimiento emocional diferenciando alegría y tristeza y asociando estas emociones a distintos contextos.

Otra actividad es el bingo de emociones, en esta el alumno deberá asociar las tarjetas de emociones reales de la anterior actividad a su palabra escrita. La persona emisora irá enunciando emociones aleatoriamente y el alumno deberá reconocer las que están en su cartón y buscarlas entre las distintas tarjetas para ir completando el cartón por completo, y, así, poder decir ¡bingo!

También se trabajará con una actividad llamada “Adivina cómo estoy”, el alumno llevará una diadema en la cabeza donde se le colocará un emoticono con una emoción que no podrá ver, esta irá acompañada de la palabra escrita para facilitar la comprensión. La otra persona que está con él deberá darle pistas para que la adivine, pero esas no pueden ser palabras sueltas, deben ser situaciones o momentos que le hagan sentir la emoción que está colocada en la diadema. De esta manera se está trabajando el razonamiento emocional pensando en qué situaciones se siente contento, enfadado, triste, entre otras.

Además de estas, se van a llevar a cabo otras actividades que ponen su foco en la competencia creativa, una de ellas consiste en dejar completa libertad al alumno y, con un lápiz y papel deberá dibujar una escena que le provoque tristeza y otra que todo lo contrario, es decir, que le transmita alegría. Una vez hechos los dibujos, deberá explicarlos haciendo uso de una oración, posteriormente, deberá decir en el caso de la situación triste qué haría para sentirse mejor.

Otra actividad es jugar a un role playing sorpresa, con una caja completamente opaca y en la que no se verá nada, el alumno deberá meter la mano y coger una tarjeta. En esta aparecerá una situación, con su apoyo visual de una imagen para alcanzar una mejor comprensión, y el alumno deberá representarla con el fin de que la otra persona adivine la emoción que transmite. Una vez que se descubra, se reflexionará sobre esta dándole un consejo en el caso de que sea una emoción negativa, buscando alcanzar un alto grado de empatía y gestión emocional propia y ajena.

Las dos últimas actividades que componen el estudio son una ruleta de emociones, donde el alumno girará la ruleta y depende de la emoción que salga deberá responder a tres cuestiones, ¿qué emoción es?, ¿qué puede causar esa emoción?, y posibles maneras de solucionarlas o ayudar a calmarlas en el caso que sea necesario. Esta actividad sirve como repaso de todo lo trabajado puesto que engloba desde el reconocimiento emocional, hasta ponerse en el lugar del otro y trabajar la gestión de las emociones.

Por último, y a modo de recopilación, se realizará un tablero de emociones. En una cartulina, el alumno hará su propio cartel de las emociones, se harán dos columnas, una con tres emociones básicas (alegría, tristeza y enfado), y otra con consejos para gestionarlas. Estos consejos los elaborará el propio alumno según lo que haya aprendido a lo largo de todas las sesiones y después lo presentará al grupo clase.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se recopilarán a través de los instrumentos de evaluación señalados anteriormente, llevando a cabo una interpretación comparativa de estos. En relación a las variables escogidas, estas son concretas, puesto que se busca ver un avance notorio y, por ello, los objetivos específicos iniciales se centran en emociones precisas.

Estableciendo una relación directa entre los datos y los objetivos específicos, se puede afirmar que, el objetivo específico uno, enseñar a diferenciar entre la alegría y la tristeza a través del juego para el alumnado con Síndrome de Down, ha cumplido sus expectativas consiguiendo diferenciar entre momentos que le provocan, al sujeto, alegría y tristeza.

Al hilo de esto, el segundo objetivo específico, aprender a regular la tristeza en situaciones cotidianas en niños y niñas con Síndrome de Down, su consecución no ha sido la esperada, pero sí han tenido lugar avances en comparación con la situación inicial donde evitaba responder. Por último, el tercero de los objetivos específicos, determinar si una intervención en alumnado con Síndrome de Down mejora la gestión de la frustración entre los 6 y 12 años, ha obtenido un cambio significativo en el desarrollo emocional del alumno debido al uso del juego y del trabajo repetitivo.

En el caso de que esta misma propuesta se llevara a cabo con una muestra mayor en lugar de con un único sujeto, los datos recogidos en el estudio se analizarán mediante el programa SPSS v.29. Se realizarán análisis de los estadísticos descriptivos y de frecuencias. Además, se realizarán análisis de medias mediante pruebas t de student si los datos se ajustan a una distribución normal, en caso contrario, se realizará su equivalente en prueba no paramétricas. Todos los análisis se complementarán con el cálculo de los tamaños del efecto correspondiente. También valoraremos la relación entre las variables mediante las correlaciones de Pearson.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados, estos se van a presentar en dos grupos, esperados y obtenidos. Los resultados esperados están sujetos al hecho de haber podido contar con una muestra mayor pudiendo llevar la propuesta de intervención más allá, contando con escenas de role playing, trabajo entre iguales, recurriendo al trabajo cooperativo, y pudiendo ver diferentes formas de actuar ante una misma situación.

Por otro lado, los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados se puede afirmar que estos se han cumplido, es decir, que han sido fructíferos. Aunque es cierto que no se aprecian avances extremos por el número limitado de sesiones, sí ha tenido lugar un cambio sustancial en la forma de actuar y en la expresión emocional del niño.

En cuanto al objetivo general, desarrollar el autoconocimiento y la gestión de emociones positivas y negativas en el alumnado con Síndrome de Down, mientras que en un primer momento no identificaba cómo se sentía en algunas ocasiones, tras realizar justificaciones ante las situaciones planteadas llegó a generar un logro en este ámbito. En cuanto al objetivo específico uno, enseñar a diferenciar entre la alegría y la tristeza a través del juego para el alumnado con Síndrome de Down, no se obtuvo ningún avance significativo hasta la sexta sesión, cuando empezó a construir criterios de diferenciación gracias a diseñar situaciones que enfrentan esas emociones.

Pasando al objetivo específico dos, aprender a regular la tristeza en situaciones cotidianas en niños y niñas con Síndrome de Down, aunque se mostró en los inicios de forma negacionista ante este sentimiento, finalmente fue capaz de avanzar y de llegar a dar consejos para su regulación ante situaciones ajenas, pero la autogestión siguió algo mermada.

El objetivo específico tres, determinar si una intervención en alumnado con Síndrome de Down mejora la gestión de la frustración entre los 6 y 12 años, el alumno tendía a recurrir a la frustración y al negacionismo cuando desconocía algo, por ello, la intervención basada en el juego donde no siempre se gana fue ideal para que aprendiera a autorregularse. Esto junto a las técnicas de relajación y control de la respiración han hecho que se logren mejoras en el dominio de la frustración que ha supuesto, en ocasiones, un obstáculo para el correcto desarrollo de algunas de las actividades.

Además, señalar la tarea de presentar el tablero de regulación al grupo clase, donde el alumno se sentía orgulloso de su trabajo y fue muy gratificante, también por la actitud de escucha y aceptación del grupo clase, trabajando de esta manera a su vez el aprendizaje funcional.

Para finalizar, señalar la respuesta del alumno ante la realización del diario de emociones, ante el que había altas expectativas como instrumento de evaluación. Sin embargo, las anotaciones del alumno han sido bastante puntuales y demasiado breves. Por ello, no se han podido obtener los datos esperados al inicio de la propuesta de intervención sobre las ideas recogidas en el diario de emociones.

DISCUSIÓN

Como se ha comprobado, la propuesta de intervención, a pesar de haber sido un estudio de caso con un número limitado de sesiones, ha tenido un efecto beneficioso en el desarrollo emocional del alumno con Síndrome de Down. En el caso de que este estudio se hubiera podido realizar con una muestra mayor, haciendo uso de la metodología de aprendizaje cooperativo, este habría tenido un índice más alto de eficacia, como demuestra González (2020) en su estudio.

Si se establece una comparación con otros estudios, se puede afirmar como el juego favorece el autoconocimiento emocional, la comunicación y la cooperación, como afirma Párraga-Salvatierra et al. (2021). A su vez, muchos autores centran sus investigaciones en trabajar la frustración, y no siempre a través del juego, en este caso, Barba et al. (2022) lo hace a través de la expresión corporal, aunque también aboga por recurrir a juegos más dirigidos como son las sopas de letras, donde hay que seguir un orden.

En definitiva, tras analizar algunos estudios y llevar a cabo la propuesta de intervención se puede afirmar que, la puesta en práctica de actividades de carácter lúdico y dinámico puede favorecer el desarrollo de las emociones como alegría, tristeza y frustración en alumnado con Síndrome de Down de entre 6 y 12 años de edad. Pudiendo concluir, en este caso particular, y respaldándonos en los datos obtenidos, como el alumno presenta un grado adecuado de comprensión ante las emociones que derivan de situaciones cotidianas. Además, el análisis comparativo de los resultados obtenidos por el sujeto objeto de estudio demuestran como el trabajo persistente mejora la autogestión de la frustración significativamente.

CONCLUSIONES

Las emociones son un factor clave en el desarrollo integral de las personas, estas juegan un papel primordial a la hora de interactuar con el ambiente, con los demás o con uno mismo. Como docentes hay que tener clara su importancia y trasladarla al aula de forma transversal en todas las disciplinas, dando cabida tanto a las emociones negativas como positivas y prestando las herramientas necesarias a todo el alumnado para poder expresar, conocer y gestionar sus emociones, además de lidiar con las de los demás a través de la empatía y el respeto.

Hay que tener en cuenta que la educación emocional debe estar presente a lo largo de toda la vida, siendo un proceso continuo y permanente puesto que su implementación va a ayudar a la calidad y el bienestar personal y emocional evitando los trastornos emocionales.

En conclusión, se puede afirmar que la realización de sesiones con actividades de carácter lúdico puede favorecer el desarrollo de las emociones, el conocimiento y diferenciación de emociones como alegría, tristeza, y puede ayudar a controlar la

frustración en momentos de estrés. Todo esto se consigue gracias a diferentes intervenciones tales como exponer a chicos y chicas a un juego de role playing, que va a favorecer la empatía y el conocimiento emocional, realizar su propio tablero de regulación emocional, con consejos para autocontrolar las emociones básicas que pueda sentir, o trabajando a través de la expresión oral y plástica el ponerse en el lugar del otro y trabajar distintas formas de actuar.

En lo que a limitaciones respecta, cabe destacar que el tiempo y la muestra para realizar dicha investigación han sido breves, por lo que es importante interpretar los datos recogidos con cautela, evitando generalizaciones. En cuanto a prospectiva, se espera que esta investigación contribuya al conocimiento del desarrollo emocional de los sujetos con Síndrome de Down, teniendo un impacto positivo, sobre todo a nivel educativo, y que sea útil de cara a futuras líneas de investigación.

REFERENCIAS

Barba, C.M. y Moreno, E.M. (2022). Mejorando la tolerancia a la frustración desde la expresión corporal. *EmásF: Revista Digital de Educación Física*, (75), 37-52.

Canet-Juric, L., García-Coni, A., Andrés, M.L., Vernucci, S., Aydmune, Y., Stel-zer, F., y Richard's M.M. (2020). Intervención sobre autorregulación cognitiva, conductual y emocional en niños: Una revisión de enfoques basados en procesos y en el currículo escolar, Argentina. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12(1), 1-25. doi:10.32348/1852.4206.v12.n1.24999

Fernández Berrocal, P. y Cabello, R. (2020). La inteligencia emocional como fundamento de la educación emocional. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*, (1), 31-46.

Garrote, D., Castro, C., y Jiménez-Fernández, S. (2021). La inteligencia emocional en niños y jóvenes con necesidades educativas especiales de tipo intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 9(2), 119-134. doi:10.5569/2340-5104.09.02.07

Godoy, I.A. y Sánchez, M. (2021). Estudio sobre la inteligencia emocional en educación primaria. *Revista Fuentes*, 23(2). doi:10.12795/revistafuentes.2021.12108

González Castarlenas, M. (2020). *Programa de Educación Emocional en una muestra de niños con Síndrome de Down* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza].

González, A.J., García, O.C., y Roth, E.V. (2022). Competencias socioemocionales en personas con Síndrome de Down. *Siglo Cero*, 53(4), 149-164. doi:10.14201/scero2022534149164

Instrucciones de 8 de marzo de 2017, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. (Dirección General de Participación y Equidad, 8 de marzo de 2017).

Jiménez, A., Sastre, S., Artola, T., y Alvarado, J.M. (2020). Inteligencia Emocional y Rendimiento Académico: un modelo evolutivo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 56(3), 129-141. DOI: 10.21865/RIDEP56.3.10

Orden de 30 de mayo de 2023 por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la etapa de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se regulan

determinados aspectos de la atención a la diversidad y a las diferencias individuales, se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado y se determina el proceso de tránsito entre las diferentes etapas educativas. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 104, de 2 de junio de 2023).

Padilla, A.M. y Sandoval, M. (2022). La importancia de la inteligencia emocional en educación primaria. *Formación Estratégica*, 6(2), 60-75.

Párraga-Salvatierra, N.C., Vera-Arcentales, F.O., Bazurto-Briones, N.A., Mendoza-Castro, A.M., y Barcia-Briones, M.F. (2021). El juego como estrategia psicopedagógica y su impacto en la calidad educativa de los estudiantes de básica media. *Dominio de las Ciencias*, 7(1), 903-919.

Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. (BOE, núm.52, 2 de marzo de 2022).

Uribe-Delgado, A. (2023). El juego como una herramienta pedagógica para el aprendizaje en la escuela. *Revista de Inclusión Educativa y Diversidad (RIED)*, 1(1), 32-44. doi:10.5281/zenodo.10680016

Vázquez, S.S. (2020). Educación emocional en niños escolares como estilo de vida saludable. *NPunto*, 3(27), 79-93.

CAPÍTULO 19

EXPLORANDO LA TEORÍA DE LA MENTE EN LA INFANCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU EVALUACIÓN

SANDRA MARÍA RIVAS GARCÍA*, NOELIA TERESA SÁEZ SANZ*,
ENCARNACIÓN MARÍA SÁNCHEZ LARA**, Y SANDRA RUTE PÉREZ**
**Universidad de Valladolid; **Universidad de Granada*

INTRODUCCIÓN

Para un desarrollo pleno de la persona, es fundamental establecer relaciones efectivas tanto con otras personas como con el entorno social (Atenas et al., 2019). La Teoría de la Mente (ToM) se entiende como la capacidad que facilita estas interacciones (Fiske y Taylor, 2008). Premack y Woodruff (1978) fueron pioneros en conceptualizar esta capacidad en su estudio *Does the chimpanzee have a theory of mind?*, definiendo la ToM como la habilidad para deducir estados mentales no observables directamente, como pensamientos, creencias y preferencias.

Con el tiempo, la importancia de la ToM fue creciendo, lo que permitió afinar su definición. Heyes (1998) la describió como la capacidad para (1) comprender conceptos como “creer”, “saber” y “querer”, y (2) utilizar estos conceptos para anticipar y explicar el comportamiento de otros. Posteriormente, Begeer (2003) amplió esta definición, señalando que la ToM incluye la comprensión de estados mentales—como creencias, deseos e intenciones—y la capacidad de reconocer que el comportamiento de las personas está influenciado por esta información más que por la realidad objetiva. En la actualidad, una definición ampliamente aceptada de ToM es la capacidad de entender los estados mentales de los demás (intereses, creencias, emociones e intenciones), prever su comportamiento y reconocer que estos estados pueden diferir de los propios y de la realidad objetiva (Achim et al., 2013).

El desarrollo de la ToM se da de manera progresiva, siendo especialmente crucial durante los primeros cinco años de vida (Povinelli y Preuss, 1995). Factores como el desarrollo del lenguaje y la influencia cultural juegan roles significativos en su adquisición. En relación con el lenguaje, un vocabulario más amplio y una mayor complejidad sintáctica favorecen un desarrollo más rápido y eficiente de la ToM, ya que facilitan una mejor comprensión de las acciones propias y ajenas (Resches et al., 2010). Respecto a la cultura, el proceso de desarrollo de la ToM varía según factores como la aplicabilidad práctica de ciertos conceptos transmitidos por los agentes de socialización (Rivas-García et al., 2020; Wellman et al., 2006). Por ello, es importante que los instrumentos de evaluación estén adaptados culturalmente (Fernández et al., 2021).

La ToM está afectada en diversos trastornos, incluyendo el autismo (Pavlova et al., 2017), la esquizofrenia (Corrigan y Green, 1993), el TDAH (Maoz et al., 2019), la discapacidad intelectual (Cook y Oliver, 2011) y/o el daño cerebral adquirido (Wearne et al., 2021). Por ello, una evaluación precoz de esta capacidad es esencial para detectar de forma anticipada un deterioro en su desarrollo y poder aplicar un programa de rehabilitación que permita la estimulación adecuada (Rivas-García et al., 2020).

El objetivo de este estudio es llevar a cabo una revisión de artículos publicados desde 2018 hasta el 2023 centrada en los instrumentos empleados para evaluar la Teoría de la Mente (ToM) durante la infancia, con el fin de identificar y analizar sus características más relevantes.

MÉTODO

Para responder al objetivo del estudio se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA (Page et al., 2021). Las bases de datos consultadas fueron SCOPUS y Web of Science (WoS). El primer paso fue establecer la ecuación de búsqueda, utilizando las palabras claves "Theory of mind", "assessment" y "child" combinadas con el conector AND en la siguiente fórmula de búsqueda: "theory of mind" AND "assessment" AND "child". Además, con el fin de dotar de rigor el proceso de búsqueda, las palabras claves establecidas fueron extraídas del tesoro de ERIC (Hertzberg y Rudner, 1999). Después, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión (tabla 1) que se utilizaron en los resultados de la búsqueda de la literatura en las bases de datos mencionadas.

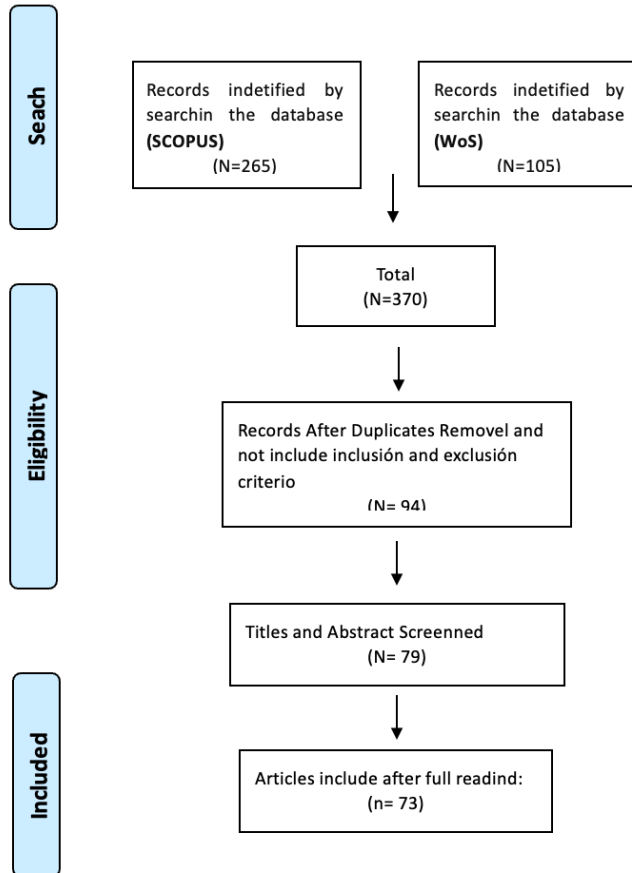
Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión
Estudios publicados en formato artículo.
Año de publicación desde el 2018 hasta 2023
Criterios de exclusión
Se excluyen aquellos instrumentos que no hayan sido empleados en al menos diez estudios previos, lo cual garantiza su uso consistente y adecuado en investigaciones anteriores.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica y aplicados los criterios de inclusión, se obtuvieron 265 resultados en la base de datos SCOPUS y 105 en WoS, ascendiendo a un total de 370 artículos. Todos ellos fueron revisados con el fin de identificar y eliminar aquellos que se encontraran en más de una base de datos y, por tanto, estuvieran duplicados, quedaron un total de 160 documentos. Tras eliminar los duplicados, se procedió a la lectura de los resúmenes de los artículos resultantes con el objetivo de establecer qué artículos responden al objetivo del estudio "identificar y analizar las características de los instrumentos más utilizados para evaluar la ToM durante la infancia".

Finalmente, tras una lectura exhaustiva, se identificaron 73 artículos que empleaban instrumentos con al menos 10 citas para evaluar la Teoría de la Mente en población infantil. La Figura 1, muestra el procedimiento de búsqueda llevado a cabo.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



RESULTADOS

Tras haber realizado la revisión sistemática, se obtuvieron un total de 73 artículos desde 2018 hasta 2023 en los cuales se ha utilizado un instrumento para evaluar la ToM que por lo menos ha sido utilizado en 10 estudios. En concreto, encontramos un total de seis instrumentos, pero solo uno de ellos cuenta con adaptación para población española. Además, cabe destacar que la mayoría de estos instrumentos son aplicados a partir de los 12 años y que para edades inferiores solo contamos con un instrumentos que evalúe la ToM de forma específica. Los resultados quedan recogidos se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Resumen de los instrumentos para evaluar la Teoría de la Mente

Stories of Everyday Life (Kaland et al., 2002) (Versión en español de Lera et al., 2016)
Reading the Mind in the Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001)
Strange Stories Task (Happé, 1994; White et al., 2009)
Silent Film Task (Devine y Hughes, 2013)
Awkward Moments Task (Heavey et al., 2000)
Hinting Task (Corcoran et al., 1995)

A continuación, se describen las características de los instrumentos encontrados:

Stories of Everyday Life (Kaland et al., 2002) (Versión en español de Lera et al., 2016)

Este instrumento está diseñado para evaluar la Teoría de la Mente (ToM) en niños de 7 a 16 años a través de 13 tipos distintos de historias que presentan situaciones como mentiras, malentendidos, doble farol, ironía, persuasión, emociones opuestas, olvidos, celos, intenciones, empatía y errores sociales. Cada historia contiene entre 10 y 15 preguntas de control que verifican la comprensión del texto por parte de los participantes. Además, se incluyen tres preguntas fundamentales en cada historia, cuyo propósito es medir la capacidad del participante para inferir estados físicos y mentales a partir de las situaciones narradas. Las respuestas de inferencia se califican en tres niveles: correctas (2 puntos), parcialmente correctas (1 punto) e incorrectas (0 puntos).

The “Reading the Mind in the Eyes” Test (Baron-Cohen et al., 2001)

La prueba pretende medir la capacidad de una persona para reconocer e interpretar señales faciales sutiles, sobre todo las relacionadas con emociones y estados mentales. Para ello, se muestran 25 imágenes de los ojos de personas, recortados del resto de la cara y se le pide al participante que elijan qué emoción o estado mental describe mejor lo que siente la persona de la fotografía. Las opciones de respuesta son: felicidad, asco, miedo, tristeza, aburrimiento y sorpresa. La puntuación se obtiene por la suma de ítems contestados correctamente.

The “Strange Stories” Task (Happé, 1994; White et al., 2009)

Esta prueba está diseñada para evaluar la capacidad de los individuos para comprender e interpretar situaciones sociales complejas y determinar las intenciones y creencias de los personajes. La tarea consiste en presentar a los participantes 24 historias cortas que contienen escenarios sociales con información ambigua o contradictoria. Cada historia tiene una serie de preguntas para valorar la capacidad para inferir los estados mentales de los personajes, como sus intenciones, creencias, deseos o emociones. La puntuación se obtiene con la suma de la puntuación obtenida en cada historia, a cada historia se puede otorgar 0, 1 o 2 puntos.

The “Silent Film” Task (Devine y Hughes, 2013)

La tarea está formada por cinco fragmentos de la película muda clásica de Harold Lloyd. Estos fragmentos representan escenarios humorísticos en los que las acciones o el comportamiento de un personaje se podría explicar mediante creencias erróneas. Los clips seleccionados no requerían de subtítulos y eran breves, 25.4 seg. Tras la visualización de cada vídeo, el participante debe contestar a una pregunta en la que debe describir el comportamiento de un personaje. La puntuación total se calcula sumando los aciertos obtenidos en las preguntas relacionadas con cada historia.

The Awkward Moments Task (Heavey et al., 2000)

Esta prueba está formada por ocho clips, con una duración entre 45 a 120 segundos. La tarea del participante es identificar y reconocer los momentos incómodos que ocurren y proporcionar una explicación de por qué se producen. La puntuación total se calcula sumando los aciertos obtenidos en las preguntas relacionadas con cada historia.

The Hinting Task (Corcoran et al., 1995)

Este instrumento está formado por 10 historias cortas dónde se muestra la interacción entre dos personajes, dónde uno de ellos proporciona una pista a otra persona, quien luego responde a la pista. El participante debe explicar lo que el personaje de la historia ha intentado comunicar mediante la indirecta que ha dicho. Esta tarea proporciona información sobre la capacidad de un individuo para inferir intenciones, creencias y emociones a partir de la comunicación indirecta. La puntuación se obtiene con la suma de la puntuación obtenida en cada historia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En la actualidad, hay pocos instrumentos apropiados y validados para evaluar la ToM en la población infantil. En concreto, solo uno de los instrumentos encontrados evalúa esta capacidad en menores de 12 años. Sin embargo, la limitación es todavía mayor cuando hablamos de población española. A pesar de que existen seis herramientas que cumplen con criterios de rigor y aplicabilidad, únicamente una de ellas ha sido específicamente adaptada y validada para usarse en España. Esta situación pone en evidencia una carencia significativa de instrumentos de evaluación ajustados culturalmente para medir la ToM en comunidades hispanohablantes.

La falta de instrumentos adaptados al contexto cultural plantea varios problemas. En primer lugar, la inadecuación cultural puede afectar la validez de los resultados, ya que algunos aspectos importantes para la ToM —como el humor, la ironía o las expresiones emocionales complejas— podrían interpretarse de manera diferente en cada cultura. Esto es especialmente importante en el ámbito de la

evaluación psicológica, donde los matices del idioma y los contextos culturales influyen en la comprensión y expresión de los estados mentales (Wellman et al., 2006).

Además, la escasez de instrumentos culturalmente validados limita la posibilidad de comparar los resultados de estudios internacionales y dificulta la construcción de una base de conocimiento robusta sobre la ToM en la población española y otras comunidades de habla hispana. Por ello, es urgente avanzar en la adaptación y validación de más herramientas para asegurar que la capacidad de comprender y atribuir estados mentales pueda ser evaluada de manera precisa en contextos de habla hispana.

Para cubrir estas necesidades, las futuras investigaciones deberían centrarse en la adaptación de instrumentos que reflejen una amplia gama de situaciones y expresiones sociales significativas en el contexto cultural español. Esto no solo contribuirá a evaluaciones más precisas, sino que también permitirá profundizar en el desarrollo de la ToM en diferentes edades y contextos culturales.

REFERENCIAS

- Achim, A. M., Guitton, M., Jackson, P. L., Boutin, A., y Monetta, L. (2013). On what ground do we mentalize? Characteristics of current tasks and sources of information that contribute to mentalizing judgments. *Psychological Assessment, 25*(1), 117-126. doi: 10.1037/a0029137
- Atenas, T. L., Ciampi Diaz, E., Venegas Bustos, J., Uribe San Martín, R., y Cárcamo Rodríguez, C. (2019). Social cognition: Concepts and neural bases. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 57*(4), 365-376. doi: 10.4067/S0717-92272019000400365
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., y Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(2), 241-251. doi: 10.1111/1469-7610.00715
- Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., y Stockmann, L. (2003). Theory of mind-based action in children from the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(5), 479-487. doi: 10.1023/A:1025875311062
- Cook, F., y Oliver, C. (2011). A review of defining and measuring sociability in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 32*(1), 11-24. doi: 10.1016/j.ridd.2010.09.021
- Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 17*(1), 5-13. doi: 10.1016/0920-9964(95)00024-G
- Corrigan, P. W., y Green, M. F. (1993). Schizophrenic patients’ sensitivity to social cues: The role of abstraction. *The American Journal of Psychiatry, 150*(4), 589-594. doi: 10.1176/ajp.150.4.589
- Devine, R. T., y Hughes, C. (2013). Silent films and strange stories: Theory of mind, gender, and social experiences in middle childhood. *Child Development, 84*(3), 989-1003. doi: 10.1111/cdev.12017

- Fernández García, L., Merchán, A., Phillips-Silver, J., y Daza González, M. T. (2021). Neuropsychological development of cool and hot executive functions between 6 and 12 years of age: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *12*. doi: 10.3389/fpsyg.2021.687337
- Fiske, S., y Taylor, S. (2008). *Social cognition: From brains to culture*. Sage.
- Happé, F. G. E. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *24*(2), 129-154. doi: 10.1007/BF02172093
- Heavey, L., Phillips, W., Baron-Cohen, S., y Rutter, M. (2000). The Awkward Moments Test: A naturalistic measure of social understanding in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *30*(3), 225-236. doi: 10.1023/A:1005544518785
- Heyes, C. M. (1998). Theory of mind in nonhuman primates. *Behavioral and Brain Sciences*, *21*(1), 101-114. doi: 10.1017/S0140525X98000703
- Kaland, N., Møller-Nielsen, A., Callesen, K., Mortensen, E. L., Gottlieb, D., y Smith, L. (2002). A new 'advanced' test of theory of mind: Evidence from children and adolescents with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(4), 517-528. doi: 10.1111/1469-7610.00042
- Lera-Miguel, S., Rosa, M., Puig, O., Kaland, N., Lázaro, L., Castro-Formieles, J., y Calvo, R. (2016). Assessing advanced theory of mind in children and adolescents with high-functioning autism: The Spanish version of the Stories of Everyday Life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(1), 294-304. doi: 10.1007/s10803-015-2585-4
- Maoz, H., Gvirts, H. Z., Sheffer, M., y Bloch, Y. (2019). Theory of mind and empathy in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *23*(11), 1331-1338. doi: 10.1177/1087054717710766
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: Development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *134*, 103-112. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.02.003
- Pavlova, M. A., Guerreschi, M., Tagliavento, L., Gitti, F., Sokolov, A. N., Fallgatter, A. J., y Fazzi, E. (2017). Social cognition in autism: Face tuning. *Scientific Reports*, *7*(1), 2734. doi: 10.1038/s41598-017-02790-1
- Povinelli, D. J., y Preuss, T. M. (1995). Theory of mind: Evolutionary history of a cognitive specialization. *Trends in Neurosciences*, *18*(9), 418-424.
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Chimpanzee problem-solving: A test for comprehension. *Science*, *202*(4367), 532-535. doi: 10.1126/science.705342
- Resches, M., Serrat, E., Sánchez, C. R., y Guitart, M. E. (2010). Lenguaje y teoría de la mente: Una aproximación multidimensional. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, *33*(3), 315-334.
- Rivas-García, S. M., Bateman, A., y Caracuel, A. (2020). Validation of the ToMas-child scale for the assessment of the theory of mind in a group of Spanish-speaking children aged 3 to 7 years from Spain. *Developmental Neuropsychology*, *45*(4), 232-245. doi: 10.1080/87565641.2020.1764567

Wearne, T., Kelly, M., y McDonald, S. (2021). Disorders of social cognition in adults with acquired brain injury. En *Clinical Disorders of Social Cognition*. Routledge.

Wellman, H. M., Fang, F., Liu, D., Zhu, L., y Liu, G. (2006). Scaling of theory-of-mind understandings in Chinese children. *Psychological Science*, *17*(12), 1075-1081. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01830.x

White, S., Hill, E., Happé, F., y Frith, U. (2009). Revisiting the Strange Stories: Revealing mentalizing impairments in autism. *Child Development*, *80*(4), 1097-1117. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01319.x

CAPÍTULO 20

INTERVENCIONES BASADAS EN LA MENTALIZACIÓN EN CONTEXTOS DE ACOGIDA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

NÚRIA NOGUÉS CHORNET*, MARÍA SELLÉS NOHALES**,
MAITE MONTAGUT ASUNCIÓN**, Y GABRIELA ACOSTA ESCAREÑO**
**Escuela de doctorado Universidad Católica de Valencia;*
***Universidad Católica de Valencia*

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil constituye una de las experiencias adversas más significativas en la infancia y constituye un importante factor de riesgo (Cicchetti et al., 2015). La exposición al abuso o negligencia se asocia con trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, así como con conductas de riesgo y disruptivas (Dubé et al., 2003; Petrenko et al., 2012). Además, afecta negativamente el desarrollo social, cognitivo y emocional (Hart y Rubia, 2012), dificultando la capacidad de los menores para establecer relaciones basadas en la confianza (Domon-Archambault et al., 2020).

Ante estos desafíos, concretamente en los centros de acogida, los profesionales deben facilitar vínculos afectivos con menores que, debido a su historial traumático, proyectan desconfianza hacia los adultos (Domon-Archambault et al., 2020; Steels y Simpson, 2017). Dado que, en muchos casos, las figuras de apego han sido fuentes de trauma (Dubé et al., 2018), los profesionales pueden actuar como figuras de base segura de segunda oportunidad (Graham, 2005, p. 1). En este sentido, la sensibilidad de los cuidadores constituye un factor protector clave para promover un apego seguro (García y Hamilton-Giachritsis, 2016).

El enfoque basado en la mentalización proporciona una base teórica para la práctica del trabajo social, resultando particularmente adecuado para abordar la complejidad de situaciones como la negligencia, el abuso, el trauma y los problemas de apego (Casey, 2021). El concepto de mentalización se refiere a la capacidad de interpretar y comprender el significado subyacente en las conductas de los demás, teniendo en cuenta sus estados mentales e intenciones, así como a la habilidad de reconocer cómo los propios estados afectivos y comportamientos pueden influir en los otros (Fonagy y Target, 1996; 2000). Este enfoque ha demostrado ser beneficioso en la intervención con menores que han sufrido experiencias traumáticas, ya que es fundamental para el desarrollo de relaciones afectivas sanas y para la regulación emocional, habilidades que a menudo se ven afectadas en los niños que han sido víctimas de maltrato (Fonagy et al., 2012).

Diversos estudios señalan que las intervenciones centradas en la mentalización son eficaces para mejorar la comprensión y gestión de los estados emocionales, tanto

en los menores como en sus cuidadores (Adkins et al., 2022; Golding, 2019; Redfern et al., 2018; Sprecher et al., 2023). Fonagy et al. (2002) subrayan que la mentalización se desarrolla en relaciones de apego seguras; por ello, los niños que han sufrido traumas suelen tener esta capacidad afectada, lo que dificulta su habilidad para interpretar las intenciones de los demás, así como regular sus emociones. Las intervenciones basadas en la mentalización desarrolladas por Bateman y Fonagy (1999) han demostrado ser eficaces en la reducción de conductas agresivas y disruptivas en menores en acogimiento residencial (Midgley et al., 2021). Asimismo, la mentalización fortalece las relaciones entre menores y cuidadores al fomentar una mayor comprensión de los estados mentales, facilitando respuestas más adaptativas y promoviendo un apego seguro, esencial para el bienestar emocional y el desarrollo de los menores (Fonagy, 2015).

Pese a que se han realizado estudios sobre la eficacia de la mentalización en contextos clínicos, la investigación en el ámbito de los centros de acogimiento es limitada (Carvalho, 2024; Midgley et al., 2021). La mayoría de las investigaciones previas se han centrado en la relación entre el menor y su familia de origen o en la intervención con familias de acogida (Adkins et al. 2018; Adkins et al., 2022; Carvalho, 2024; Dalgaard et al., 2023; Golding, 2019; Konijn et al. 2020) dejando una brecha en la comprensión de cómo las intervenciones de mentalización pueden beneficiar a los menores en entornos institucionales.

El objetivo de esta revisión es examinar la efectividad de las intervenciones basadas en la mentalización en el contexto de los centros de acogimiento residencial. Se pretende analizar estudios empíricos que han evaluado la aplicación de enfoques de mentalización con menores en contextos de protección infantil. La necesidad de esta revisión radica en la creciente evidencia que respalda la mentalización como una herramienta eficaz para abordar los efectos del trauma en el desarrollo emocional y relacional de los menores, así como para potenciar un mayor funcionamiento reflexivo en los cuidadores.

METODOLOGÍA

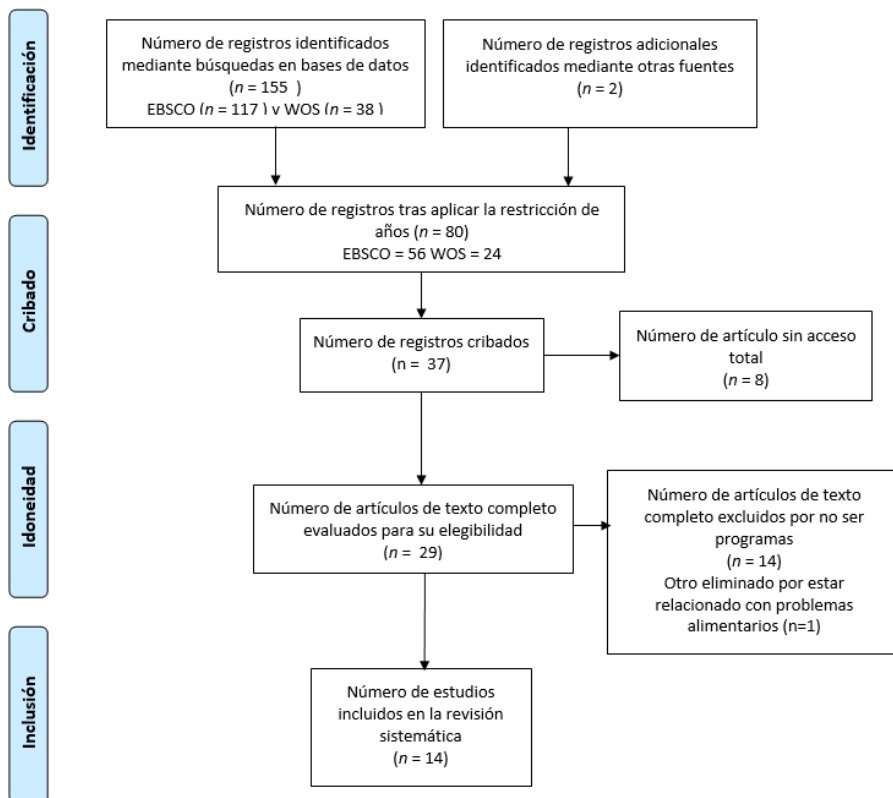
Se realizó una revisión de intervenciones basadas en la mentalización en el contexto del cuidado de acogida, abarcando publicaciones desde el 2018 hasta el 2024. Este período fue seleccionado debido a la existencia de una tesis en 2018 que ya había llevado a cabo una revisión exhaustiva de las intervenciones previas.

Las bases de datos consultadas fueron EBSCO y Web Of Science, y la búsqueda se limitó a artículos en inglés y francés. La combinación de términos empleada fue: ("foster care" OR "foster children" OR "protective services") AND ("mentalization" OR "mentalization-Based Interventions" OR "mentalisation" OR "reflective function*"). Inicialmente, se obtuvieron 117 resultados en EBSCO y 38 en Web of Science. Además,

se incorporaron dos artículos considerados relevantes (Terradas Carrandi, s. f.). Al aplicar el filtro temporal (2018-2024), el total de los artículos se redujo a 80. Tras aplicar los criterios de exclusión y realizar una lectura detallada, se seleccionaron 37 estudios centrados en intervenciones de mentalización dirigidas a cuidadores. Debido a la inaccesibilidad de 8 estudios, la revisión final incluyó 29 artículos, de los cuales 14 cumplieron con todos los criterios establecidos.

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para garantizar la calidad y relevancia de los estudios seleccionados. Se incluyeron programas que aplican intervenciones de mentalización, dirigidos a cuidadores y niños en cuidado de acogida, publicados entre 2018 y 2024, y en el contexto de protección infantil. Se excluyeron estudios duplicados, artículos no relacionados con la temática y publicaciones anteriores a 2018. El proceso de búsqueda y selección se presenta en un diagrama de flujo, donde se detallan todas las etapas, desde la identificación inicial de los estudios hasta la selección final de trabajos considerados relevantes

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos



RESULTADOS

En primer lugar, se observa que la mayoría de los estudios analizados se centran en las familias de acogida (Adkins et al., 2018; Adkins et al., 2022; Carvalho, 2024; Konijn et al., 2020; Midgley et al., 2019a; Midgley et al., 2021), destacando un predominio de intervenciones psicoeducativas grupales (Adkins et al., 2018), Adkins et al., 2022; Carvalho, 2024; Konijn et al., 2020, Midgley et al., 2019; Midgley et al., 2021; Redfern et al., 2018; Talbot et al., 2022).

Los conceptos más comúnmente abordados en estas intervenciones incluyen:

- Mentalización (Adkins et al., 2018; Adkins et al., 2022;; Carvalho, 2024; Midgley et al., 2019a; Midgley et al., 2021).
- Habilidades de vinculación (Golding, 2019; Midgley et al., 2021; Redfern et al., 2018; Simón-Herrera y Duriez, 2021; Talbot et al., 2022.)
- Función reflexiva (Adkins et al., 2022; Carvalho, 2024; McKeown y Yeung, 2023; Talbot et al., 2022)
- Estrés parental (Adkins et al., 2022; Golding, 2019; Konijn et al., 2020; Midgley et al., 2021).

Estos hallazgos resaltan la importancia de mejorar la comprensión emocional, fortalecer las relaciones de apego y reducir el estrés de los cuidadores.

Como resultado, estas intervenciones promueven un desarrollo más saludable en los niños que viven en entornos de acogida.

En términos metodológicos, los estudios analizados incluyen entre 3 y 18 sesiones, cada una con una duración aproximada de 3 horas por sesión. Sin embargo, la mayoría de ellos carecen de un diseño que incluya un grupo experimental y un grupo de control.

En términos generales, las intervenciones se centran en fortalecer la capacidad de mentalización y el funcionamiento reflexivo de los cuidadores, entre los que se incluyen familias de acogida, educadores y otros profesionales. El objetivo principal es mejorar la habilidad de los cuidadores para comprender y reflexionar sobre las emociones y experiencias de los niños, facilitando así relaciones más saludables y seguras (Adkins et al., 2018; Adkins et al., 2022; Akerman et al., 2022; Carvalho, 2024; Midgley et al., 2019a; Midgley et al., 2019b; Midgley et al., 2021; Talbot et al., 2022).

Algunos estudios se centran en intervenciones orientadas a fortalecer el apego seguro y abordar las necesidades emocionales derivadas de experiencias traumáticas (Golding, 2019; Konijn et al., 2020; Talbot et al., 2024). Además, varias investigaciones exploran la viabilidad, aceptación y eficacia de nuevas intervenciones, ya sea mediante enfoques experimentales o pruebas preliminares (Adkins et al., 2022; Midgley et al., 2019a; Midgley et al., 2019b; Midgley et al., 2021). Por otro lado, algunos trabajos se enfocan en reducir el estrés parental y en mejorar el bienestar general de los cuidadores (Adkins et al., 2022; Konijn et al., 2020). Finalmente, otros estudios

implementan prácticas reflexivas y observaciones de interacciones, utilizando frecuentemente grabaciones en vídeo como herramienta para mejorar las habilidades de los cuidadores (McKeown y Yeung, 2023; Simón-Herrera y Duriez, 2021).

Los conceptos de mentalización y apego destacan como elementos centrales en los programas evaluados, destacando la importancia de estos enfoques para promover el bienestar emocional de los menores en acogida. Además, se observa un énfasis significativo en la evaluación de programas, y en la mejora del bienestar psicológico, y la reducción del estrés parental.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) se utiliza en 7 estudios, mientras que el Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) y el Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) aparecen en 6 estudios cada uno. Estos instrumentos proporcionan una base sólida para valorar las capacidades reflexivas y las dificultades de los cuidadores, elementos esenciales para desarrollar intervenciones más efectivas y ajustadas a sus necesidades.

Tabla 1. Resumen de las características principales de los artículos revisados

Autor y año	Participantes (N)	Tipo de programa	Tipo de intervención	Conceptos que se trabajan	Metodología	Objetivos	Instrumentos	Resultados	Dificultades
Adkins et al. (2018)	Familia de acogida (102)	"Family Minds"	Intervención psicoeducativa grupal con GC y GE	Mentalización	3 módulos de 3 horas	Mejorar la capacidad de mentalización de los padres de acogida	RF-FMSS, PRFQ, PSI-SF y SDQ	Los padres que recibieron la intervención "Family Minds" mejoraron significativamente su FR y experimentaron menos estrés parental.	No hubo aleatorización ni en la selección de participantes ni en la asignación a la condición de tratamiento. Diferencia en la cantidad de horas de capacitación entre los grupos. Tamaño de la muestra pequeño.
Redfern et al. (2018)	Padres adoptivos (8 a 10)	"Reflective Fostering Programme"	Intervención psicoeducativa grupal	Habilidades de vinculación, estabilidad y colocación	10 sesiones de 3 horas. 4-6 meses	Mejorar las relaciones entre los niños de acogida y sus cuidadores	PSI-SF, RFQ, PRFQ, Eficacia Parental, GBOM, SDQ, BAC-C, ERC	El estudio aportó información de importancia para las autoridades locales, los padres de acogida y sus hijos.	No se mencionan
Golding (2019)	Padres de acogida, adoptantes, padres biológicos y educadores (100)	"Nurturing Attachments" y "Foundations for Attachment", basados en el Modelo de psicoterapia diádica del desarrollo (DDP)	"Nurturing Attachments": psicoeducación. "Foundations For Attachments": intervención complementaria (puede utilizarse también de forma independiente). Presencial	Habilidades de vinculación de los padres, desarrollo emocional y conductual de los niños, satisfacción de los padres, autoeficacia parental y estrés parental	Nurturing Attachments: 18 sesiones; "Foundations For Attachments": 3 días o 6 sesiones	Fortalecer el apego seguro	SDQ, RFQ, AFI	Mejoras significativas en autoeficacia, competencia y FR.	No se mencionan

Tabla 1. Resumen de las características principales de los artículos revisados
(continuación)

Autor y año	Participantes (N)	Tipo de programa	Tipo de intervención	Conceptos que se trabajan	Metodología	Objetivos	Instrumentos	Resultados	Dificultades
4 Midgley et al. (2019a)	Familias de acogida (28)	"Reflective Fostering Programme"	Intervención psicoeducativa grupal	Crianza reflexiva	3 horas 10 semanas consecutivas	Apoyar a los padres adoptivos de niños de entre 4 y 11 años	PSI-SF, PRFQ, RFQ, Escala breve de Autoeficacia Parental, GBOM, SDQ, BAC-C, ERC, Entrevista de Experiencia de Terapia e Investigación	Mejoras significativas en el estrés de los cuidadores, el logro de metas personales y en la labilidad emocional y fortalezas del niño, aunque no hubo cambios significativos en el funcionamiento o reflexivo de los padres.	Tamaño de muestra pequeño. No hubo GC ni aleatorización. Sesgo de selección. Solo incluyó las perspectivas de los padres de acogida sobre el bienestar del niño, sin capturar diferentes perspectivas y/o dependencia de la situación de los comportamientos.
5 Midgley et al. (2019b)	Menores (aleatorioamente 15, atención clínica 21)	"Hearts and Minds"	ECA. Intervención de tratamiento individual o grupal con GC y GE	Mentalización	12 sesiones semanales	Promocionar la capacidad reflexiva de los menores	SDQ	Se demuestra que es viable realizar un ECA para evaluar la eficacia de un TMB en formato familiar para niños en hogares de acogida dentro de servicios de salud mental específicos	No se mencionan
6 Konijn et al. (2020)	Familias de acogida (48)	"Cuidando a los niños. Niños que han experimentado trauma"	Intervención psicoeducativa grupal	Estrés parental, estrés post-traumático y problemas de conducta	8 sesiones semanales de 2,5h con grupos de 10 o 12 padres adoptivos	Mejorar el conocimiento de los padres adoptivos sobre tipos de trauma y su impacto, cómo construir un lugar seguro para los niños y cómo cuidar de sí mismo	PSQ, MI, CRIES-13, SDQ, TFT	Mejora el conocimiento de los padres adoptivos sobre el impacto de las experiencias traumáticas y favorece la representación mental positiva del hijo adoptivo, reduciendo los síntomas de los niños.	Tamaño de muestra pequeño. No tuvo GC. El estudio contenía únicamente datos informados por los padres de acogida. La asistencia a la formación era voluntaria para los padres de acogida, es posible que se haya producido una autoselección.
7 Midgley et al. (2021)	Familias de acogida (38)	"Reflective Fostering Programme"	Intervención psicoeducativa grupal	Mentalización, estrés y habilidades de vinculación	10 sesiones de tres horas	Apoyar a los padres adoptivos en base al modelo de "crianza reflexiva"	SDQ, RF, TAYC, ERC, C-PROBS, FG	Mejoras en el estrés y los problemas percibidos por los padres de acogida, así como en las dificultades de los niños.	Tamaño de muestra pequeño.

Tabla 1. Resumen de las características principales de los artículos revisados
(continuación)

Autor y año	Participantes (N)	Tipo de programa	Tipo de intervención	Conceptos que se trabajan	Metodología	Objetivos	Instrumentos	Resultados	Dificultades	
8	Simon-Herrera & Duriez (2021)	Familias de acogida (8)	Sistema de video-feedback mediante el programa Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	Retroalimentación por video	Habilidades de vinculación y capacidades de insight	10 sesiones a domicilio	Identificar las capacidades de <i>insight</i> de los padres y proporcionar retroalimentación directa sobre comportamiento inadaptados	Sistema de video-feedback	Ayuda a los padres a identificar las consecuencias de su comportamiento en su hijo.	No se mencionan
9	Adkins et al. (2022)	Familias de acogida (89)	"Family Minds"	Intervención psicoeducativa grupal con GC y GE	Mentalización, función reflexiva, estrés parental y dificultades emocionales y conductuales en los menores	3 módulos de 3 horas, distribuidos en 4 a 6 semanas	Aumentar las habilidades de mentalización y funcionamiento reflexivo de los padres de acogida, reducir su estrés parental y disminuir las dificultades emocionales y conductuales en los niños	PRFQ, FMSS, RF	Mejoras significativas en niños y niñas tras 24 meses. Reducción en problemas de conducta en niñas según los padres de acogida. Sin embargo, no hubo cambios relevantes en las evaluaciones de padres y personal escolar.	Tamaño de muestra pequeño. Tasa de abandono alto. La intervención no coincidió bien con la intervención experimental en términos de duración e implementación.
10	Akerman et al. (2022)	Menores (105)	"Treatment by Foster" (TBF) Modelo de tratamiento centrado en la relación y la mentalización	Intervención de tratamiento individual o grupal	Mentalización, relación y problemas emocionales y conductuales	Sesiones familiares quincenalmente o una vez al mes y terapias grupales quincenales. Para los niños, terapia de juego una vez a la semana, durante varios años	Analizar los efectos del tratamiento y evaluar diferencias en los resultados según género y edad	ASEBA, CBCL, TRF, YSR	Mejoras significativas después de 24 meses en los niños/as. Los problemas de conducta de las niñas disminuyeron, pero no los de los niños.	Falta de GC. Alto índice de abandono de los datos. Bajo número de participantes y el hecho de que todos los participantes fueron colocados y recibieron tratamiento dentro de la misma organización, lo que reduce la generalización.

Tabla 1. Resumen de las características principales de los artículos revisados
(continuación)

Autor y año	Participantes (N)	Tipo de programa	Tipo de intervención	Conceptos que se trabajan	Metodología	Objetivos	Instrumentos	Resultados	Dificultades
11 Talbot et al. (2022)	Menores (4) y educadores (4)	Programa "Círculo de Seguridad Parental"	Intervención psicoeducativa grupal presencial	Función reflexiva y habilidades de vinculación	8 sesiones de 2 horas cada 2 semanas	Examinar los efectos del programa COS-P (Cooper et al., 2009) en el funcionamiento reflexivo de los educadores	Cuestionario sociodemográfico versión adaptada de PDI-R, PSI-F	El FRP aumentó para la mayoría de los participantes después de la aplicación del programa.	Pequeño tamaño de la muestra. Ausencia de GC. PDI-R dirigida a la población de educadores de centros juveniles no ha sido objeto de estudios de validación.
12 Dalggaard et al. (2023)	Familias de acogida (175)	Terapia Basada en la Mentalización (TBM)	ECA. Intervención de formación grupal presencial con GC y GE	Salud mental de los menores en acogida y bienestar infantil	12 sesiones 4 meses	Mejorar la capacidad de los cuidadores para comprender y reflexionar sobre los estados mentales (pensamientos, emociones, intenciones) de los niños acogidos	CBCL, PRFQ, PSS, WHO-5, FAD-GF, CIB, SSAP, SDQ, KIDS, PMM, QRM	Ajuste psicosocial y bienestar del niño, mejora de la salud mental de los padres, mejora de la función reflexiva y la mentalización de los padres, las relaciones padre/hijo.	Desafíos metodológicos (probabilidad de deserción entre las familias de acogida asignadas al GC) y prácticos.
13 McKeown & Yeung (2023)	Educadores (6)	Práctica desde un enfoque sistémico	Intervención de práctica reflexiva grupal presencial	Función reflexiva y comprensión de sí mismo		Representar la aplicación de la reflexión a la práctica profesional	-	PR beneficiosa en las cuatro dimensiones esenciales para la práctica sistémica. Sin embargo, incomodidad al compartir sentimientos y opiniones personales en un contexto profesional.	No se mencionan

Tabla 1. Resumen de las características principales de los artículos revisados
(continuación)

Autor y año	Participantes (N)	Tipo de programa	Tipo de intervención	Conceptos que se trabajan	Metodología	Objetivos	Instrumentos	Resultados	Dificultades
14 Carvalho (2024)	Educadores (212)	Programa "CareME"	Intervención psicoeducativa grupal con GC y GE presencial	Función reflexiva, mentalización y autonomía en los menores	GC (n=100) y GE (n=120) en tres tiempos	Investigar el impacto y los efectos de esta intervención basada en el apego y en el funcionamiento reflexivo de los cuidadores	RFQ	Disminución de la hipermentalización en el GE con el tiempo, correlacionada con un mayor apoyo autónomo y seguro hacia los niños.	Existen fallas metodológicas en relación con el uso de un protocolo específico para implementar la intervención. Evaluaciones exclusivas de autoinforme para investigar los resultados de la intervención. Cuestiones psicométricas de la escala RFQ. Cambios impuestos por la pandemia y por las primeras medidas de confinamiento.

Nota: NAFI = Análisis Fenomenológico Interpretativo, ASEBA = Achenbach System of Empirically Based Assessment, BAC-C = Brief Assessment Checklist for Children, CBCL = Child Behavior Checklist, CFQ = Cuestionario de Funcionamiento reflexivo, CIB = Coding Interactive Behavior, C-PROBS = Caregiver-Defined Problems Scale, CRIES-13 = Children's Revised Impact of Event Scale, ERC = Emotion Regulation Checklist, FAD-GF = Family Assessment Device - General Functioning, FG = Focus Groups, FMSS = Five-Minute Speech Sample, GBOM = Goal-Based Outcomes Measure, KIDS = Kidscreen Quality of Life Measure, MI = Mind-Mindedness Interview, PDI-R = Parent Development Interview - Revised, PMM = Parental Mind-Mindedness, PRFQ = Cuestionario de Funcionamiento Reflexivo Parental, PSI = Parenting Stress Index, PSI-SF = Parenting Stress Index - Short Form, PSQ = Parenting Stress Questionnaire, PSS = Parental Stress Scale, QRM = Qualitative Research Methods, RF = Reflective Functioning, RF-FMSS = Reflective Functioning - Five Minute Speech Sample, RFQ = Reflective Functioning Questionnaire, SDQ = Cuestionario de fortalezas y dificultades // Strengths and Difficulties Questionnaire, SSAP = Story Sequence Assessment Profile, TAYC = Thinking About Your Child, TFT = Trauma-Focused Treatment, TRF = Teacher Report Form, WHO-5 = World Health Organization Five Well-Being Index, YSR = Youth Self-Report. GC = Grupo Control, GE = Grupo Experimental, FR = Función/funcionamiento Reflexivo/a, DDP = modelo de Psicoterapia del Desarrollo Diádico, RFP = Programa de Crianza Reflexiva, ECA = Ensayo Controlado Aleatorio, MBT = Terapia Basada en la Mentalización

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Esta revisión ha analizado la efectividad de las intervenciones basadas en la mentalización en centros de acogida, centrándose en menores que han experimentado traumas complejos. Se encontró que las intervenciones psicoeducativas a corto plazo son eficaces para fortalecer la capacidad de mentalización tanto en cuidadores como en menores, lo que resulta en un incremento de la sensibilidad de los cuidadores, una reducción del estrés parental y una disminución de problemas conductuales. Estos hallazgos respaldan la idea de que tales prácticas no solo fortalecen los vínculos afectivos, sino que también promueven

la regulación emocional y social de los niños y niñas en entornos de acogida (Adkins et al., 2018; Redfern et al., 2018).

La revisión destaca la vulnerabilidad y complejidad de menores en entornos de acogida, quienes a menudo muestran conductas problemáticas y dificultades de apego, lo que requiere cuidadores altamente capacitados y sensibles. Sin embargo, muchos de estos profesionales carecen de formación necesaria para abordar dichas necesidades (Adkins et al., 2018; Redfern et al., 2018).

Modelos como el RFP, que integran formación psicoeducativa y prácticas grupales reflexivas, han demostrado ser fundamentales para establecer relaciones seguras y estables entre cuidadores y menores. Un mayor desarrollado del funcionamiento reflexivo en los cuidadores se relaciona con la disminución de conductas disruptivas en los niños, subrayando la importancia de estas intervenciones (Golding, 2019).

Los hallazgos relevan que fortalecer la función reflexiva de los cuidadores no solo contribuye a su bienestar emocional, sino que también influye positivamente en el comportamiento y desarrollo de los menores (Adkins et al., 2018; Midgley et al., 2019; 2021). En este sentido, enfoques como la psicoterapia diádica del desarrollo (DDP) y programas como Nurturing Attachments y Foundations for Attachment han mostrado beneficios significativos, tanto en la autoeficacia de los cuidadores como en el bienestar de los niños (Midgley et al., 2019a).

Se subraya la importancia de la formación en trauma dirigida a los padres adoptivos, ya que esta capacitación mejora sus prácticas y facilita la creación de representaciones mentales positivas, lo que puede reducir síntomas postraumáticos (Konijn et al., 2020).

Finalmente, la revisión reafirma la importancia de estas intervenciones y formación integral para cuidadores, destacando su papel esencial como figuras de "base segura" en el proceso de recuperación emocional de los niños y en la interrupción del ciclo intergeneracional del apego desorganizado (Graham, 2005; Carvalho, 2024). Dicho enfoque ha inspirado el diseño de intervenciones destinadas a mejorar la sensibilidad parental y las habilidades reflexivas, elementos cruciales para romper este ciclo y generar relaciones afectivas más seguras y estables (Carvalho, 2024).

En conclusión, las evidencias recopiladas respaldan el uso de intervenciones basadas en la mentalización en centros de acogida, mostrando un impacto positivo en las relaciones y el desarrollo emocional de los niños y niñas y adolescentes bajo protección. Sin embargo, estas conclusiones deben ser consideradas con precaución debido a diversas limitaciones metodológicas presentes en algunos estudios. Estas incluyen la falta de aleatorización, la ausencia de grupos de control, de sesgo de

autoselección, las altas tasas de abandono y la falta de rigor metodológico, además de la dependencia excesiva de autoinformes y la ausencia de protocolos estandarizados.

Las futuras investigaciones sobre intervenciones de mentalización en centros de acogida deben abordar varias dimensiones clave para fortalecer la evidencia en este campo. Es fundamental explorar las diferencias culturales y geográficas en la implementación de estas intervenciones, con el objetivo de comprender su adaptabilidad en distintos contextos diversos. Se requieren también estudios longitudinales que evalúen los efectos a largo plazo en el desarrollo socioemocional de los menores y en la relación con sus cuidadores.

Asimismo, la investigación debe considerar el impacto de la formación específica de los cuidadores, no solo en la calidad del cuidado ofrecido, sino también en su bienestar emocional. Otro aspecto crucial es recoger las percepciones y experiencias de los propios niños, lo que proporcionaría información sobre la eficacia y relevancia de estas intervenciones.

Por último, es esencial tener en cuenta factores contextuales más amplios, como políticas de protección infantil y condiciones socioeconómicas, que influyen significativamente en la implementación y éxito de las intervenciones basadas en la mentalización.

REFERENCIAS

- Adkins, T., Luyten, P., y Fonagy, P. (2018). Development and preliminary evaluation of Family Minds: A mentalization-based psychoeducation program for foster parents. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2519–2532. doi:10.1007/s10826-018-1080-x
- Adkins, T., Reisz, S., Hasdemir, D., y Fonagy, P. (2022). Family Minds: A randomized controlled trial of a group intervention to improve foster parents' reflective functioning. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1177-1191. doi:10.1017/S095457942000214X
- Åkerman, A.K.E., Holmqvist, R., Frostell, A., y Falkenström, F. (2020). Effects of mentalization-based interventions on mental health of youths in foster care. *Child Care in Practice*, 28(4), 536–549. doi:10.1080/13575279.2020.1812531
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press.
- Camras, L.A., Grow, J.G., y Ribordy, S.C. (1983). Recognition of emotional expression by abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 325-328.
- Carvalho, H.M., Ferreira, T., Santos, B., Costa, M., Mena Matos, P., y Pinheiro Mota, C. (2024). What's on your mind? The effects of an attachment-based intervention on residential youth workers' reflexive functioning. *Journal of Public Child Welfare*. doi:10.1080/15548732.2024.2329230
- Casey, T. (2021). The evolving use of Mentalization informed thinking with the 'Care Team' in the Irish statutory child protection system. *Journal of Social Work Practice*, 36(1), 41–55. doi:10.1080/02650533.2021.1922366

Cicchetti, D., Cowell, R.A., Rogosch, F.A., y Toth, S.L. (2015). Maltrato infantil y su efecto sobre el funcionamiento neurocognitivo: El momento y la cronicidad importan. *Desarrollo y Psicopatología*, 27(2), 521.

Costa, M., Mota, C.P., y Matos, P.M. (2022). Predictors of psychosocial adjustment in adolescents in residential care: A systematic review. *Child Care in Practice*, 28(1), 52–81. doi:10.1080/13575279.2019.1680533

Dalgaard, N.T., Filges, T., Viinholt, B.C.A., y Pontoppidan, M. (2023). Parenting interventions to support parent/child attachment and psychosocial adjustment in foster and adoptive parents and children: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 18(1), e1209. doi:10.1002/cl2.1209

Domon-Archambault, V., Terradas, M.M., Drieu, D., De Fleurian, A., Achim, J., Poulain, S., y Jerrar-Oulidi, J. (2020). Mentalization-based training program for child care workers in residential settings. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 13(2), 239–248. doi:10.1007/s40653-019-00269-x

Dubé, G., Terradas, M., y Domon-Archambault, V. (2018). Empathie, mentalisation et traumas complexes : quels liens avec les comportements extériorisés des enfants en protection de l'enfance? *Enfance*, N° 2(2), 343-372. doi:10.3917/enf2.182.0343

Dubé, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., y Anda, R.F. (2003). Abuso infantil, negligencia y disfunción doméstica y el riesgo de uso de drogas ilícitas: el estudio de experiencias adversas en la infancia. *Pediatría*, 111(3), 564-572.

Duke, N.N., Pettingell, S.L., McMorris, B.K., y Borowsky, I.W. (2010). Perpetración de violencia en adolescentes: asociaciones con múltiples tipos de experiencias infantiles adversas. *Pediatría*, 125(4), e778-e786. doi:10.1542/peds.2009-0597

Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Lkzendoorn, M.H., Lapsley, A.M., y Roisman, G.I. (2010). La importancia de apego inseguro y desorganización en el desarrollo del comportamiento externalizante de los niños: un estudio metaanalítico. *Desarrollo infantil*, 81(2), 435-456. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x

Fonagy, P. (2015). Mutual regulation, Mentalization and therapeutic action: A reflection on the contributions of Ed Tronick to developmental and psychotherapeutic thinking. *Psychoanalytic Inquiry*, 35, 355-369. doi:10.1080/07351690.2015.1022481

Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.

Fonagy, P. y Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-873.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., y Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., y Target, M. (2012). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Karnac Books.

García, M. y Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment styles in children living in alternative care: A systematic review of the literature. *Child and Youth Care Forum*, 45(4), 625-653.

Golding, K.S. (2019). The development of DDP-informed parenting groups for parents and carers of children looked after or adopted from care. *Adoption and Fostering*, 43(4), 400-412. doi:10.1177/0308575919884883

Graham, G. (2005). Attachment theory and wellbeing for the young person in residential care: The provision of a second chance secure base for the child in crisis. *Relational Child and Youth Care Practice*, 19(1).

Hart, H. y Rubia, K. (2012). Neuroimagen del abuso infantil: una revisión crítica. *Fronteras en Neurociencia Humana*, 6(52). doi:10.3389/fnhum.2012.00052

Healey, C.V. y Fisher, P.A. (2011). Young children in foster care and the development of favorable outcomes. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1822-1830.

Konijn, C., Colnonesi, C., Kroneman, L., Liefferink, N., Lindauer, R.J.L., y Stams, G.J.M. (2020). Caring for children who have experienced trauma: An evaluation of a training for foster parents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1756563. doi:10.1080/20008198.2020.1756563

McKeown, M.H.L. y Yeung, E.Y.W. (2022). Deepening our understanding of reflective practice in a safeguarding child protection and welfare context. *Practice*, 35(2), 153-167. doi:10.1080/09503153.2022.2038124

Midgley, N., Besser, S.J., Fearon, P., Wyatt, S., Byford, S., y Wellsted, D. (2019). The Herts and Minds study: Feasibility of a randomised controlled trial of Mentalization-Based Treatment versus usual care to support the wellbeing of children in foster care. *BMC Psychiatry*, 19(1), 215. doi:10.1186/s12888-019-2196-2

Midgley, N., Cirasola, A., Austerberry, C., Ranzato, E., West, G., Martin, P., Redfern, S., Cotmore, R., y Park, T. (2019). Supporting foster carers to meet the needs of looked after children: A feasibility and pilot evaluation of the Reflective Fostering Programme. *Developmental Child Welfare*, 1(1), 41-60. doi:10.1177/2516103218817550

Midgley, N., Sprecher, E.A., y Sleed, M. (2021). Mentalization-based interventions for children aged 6-12 and their carers: A narrative systematic review. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(2), 169-189. doi:10.1080/15289168.2021.1915654

Pechtel, P. y Pizzagalli, D. (2011). Efectos del estrés en los primeros años de vida sobre la función cognitiva y afectiva: una revisión integrada de la literatura humana. *Psicofarmacología*, 2014, 55-70.

Petrenko, C.L.M., Friend, A., Garrido, E.F., Taussig, H.N., y Culhane, S.E. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse and Neglect*, 36, 633-644.

Pollak, S.D. (2008). Mecanismos que vinculan la experiencia temprana y la aparición de emociones: ilustraciones del estudio en niños maltratados. *Direcciones actuales en la ciencia psicológica*, 17(6), 370-375. doi:10.1111/j.1467-8721.2008.00608.x

Redfern, S., Wood, S., Lassri, D., Cirasola, A., West, G., Austerberry, C., Luyten, P., Fonagy, P., y Midgley, N. (2018). The Reflective Fostering Programme: Background and development of a new approach. *Adoption and Fostering*, 42(3), 234-248. doi:10.1177/0308575918790434

Simon-Herrera, P. y Duriez, N. (2021). Le dispositif de vidéo-feedback en protection de l'enfance: Un outil pour stimuler la fonction réflexive des assistants familiaux et des parents naturels. *Dialogue*, 233(3), 195-212. doi:10.3917/dia.233.0195

Sprecher, E.A., Cresswell, C., Kerr-Davis, A., Slead, M., y Midgley, N. (2023). Caregiver mentalizing and child emotional regulation: A novel approach to examining bidirectional impact. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 22(4), 358-374. doi:10.1080/15289168.2023.2274200

Steels, S. y Simpson, H. (2017). Perceptions of children in residential care homes: A critical review of the literature. *The British Journal of Social Work*, 47(6), 1704–1722. doi:10.1093/bjsw/bcx107

Steinkopf, H., Nordanger, D., Halvorsen, A., Stige, B., y Milde, A.M. (2021). Prerequisites for maintaining emotion self-regulation in social work with traumatized adolescents: A qualitative study among social workers in a Norwegian residential care unit. *Residential Treatment for Children and Youth*, 38(4), 346–361. doi:10.1080/0886571X.2020.1814937

Talbot, M., Bisailon, C., Terradas, M., Lebel, C., y Emond-Bouchard, M. (2022). Effets du programme « Cercle de sécurité parental » sur la fonction réflexive d'éducateurs en protection de l'enfance. *Devenir*, 34(4), 357-380. doi:10.3917/dev.224.0357

Target, M. y Fonagy, P. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.

Törrönen, M. (2021). Social relationships and their connection to mental health for young people who have been in the care system. *British Journal of Social Work*, 51(3), 927–944. doi:10.1093/bjsw/bcab028

CAPÍTULO 21

THE ROLE OF PERCEIVED EMOTIONAL INTELLIGENCE AND SELF-ESTEEM IN BODY DISSATISFACTION IN YOUNG WOMEN

PAULA RUIZ GONZÁLEZ, LUCÍA MORALES, & ANTONIO ZAYAS GARCÍA
Universidad de Cádiz

INTRODUCTION

The ideal body canons imposed by society, which are generally far from the actual body image of the population, can cause frustration and dissatisfaction with oneself and one's body image (Pérez-Bustinzar et al., 2023).

According to Raich (2010), "body image is a complex construct that includes both the perception we have of the whole body and each of its parts, as well as its movement and limits, the subjective experience of attitudes, thoughts, feelings and evaluations that we make and feel, and the way we behave derived from the cognitions and feelings we experience" (p. 25). This image is modified through the development of the individual, through experiences, learning and contextual influences (Franco et al., 2019). Depending on the interaction of these elements, positive or negative feelings, ideals and schemes will be generated. Thus, when the conception of the body is distorted, a negative cognitive schema is generated towards it, resulting in dissatisfaction with one's own body (Mallaram et al., 2023; Manrique et al., 2018).

In this sense, Moreno and Ortiz (2009) define body dissatisfaction as a "set of negative emotions, thoughts and attitudes towards body size or shape" (p.183). At the affective level, negative emotions of anxiety, anger and sadness arise from the distorted perception of the body. At the cognitive level, comparisons with imposed models of body perfection are common, as well as desires to retouch one's appearance or a general negative evaluation of one's appearance or body parts. In order to achieve this ideal, the subject will carry out certain behaviours aimed at this end, such as excessive physical exercise, restrictive diets or aesthetic retouching, among others (Baños-Chaparro et al., 2020).

Salamea et al. (2019) found that 52.6% felt moderately dissatisfied with their body and 41.9% showed high dissatisfaction. Years later, Alcolea et al. (2021) found that 90.3% of the participants showed dissatisfaction with their body, revealing that 59.3% of those who showed dissatisfaction with their body were women, compared to 31% of men. This higher prevalence in women may be explained by the fact that the message transmitted through the media about the prototype of the perfect body is more rigorous and internalised in this gender, leading to greater pressure to be slimmer and more attractive (Jiménez-Flores et al., 2017; Stojcic et al., 2020). In this

line, several studies find moderate to extreme levels of body dissatisfaction in women (Di Gesto et al., 2022; Vuong et al., 2021).

Furthermore, it has been shown that young people are the population most vulnerable to body dissatisfaction (Arrayás et al., 2018; Medina-Gómez et al., 2019). In this sense, it has been found that between 50% and 80% of them feel dissatisfied with their body image (López et al., 2018).

As a result, and in the presence of this emotional dissatisfaction, people may manifest unhealthy behaviours such as excessive weight control or the use of laxatives to achieve the established prototype, which is a risk factor for the development of eating disorders (Carvalho et al., 2020; Rossi et al., 2023). In this sense, knowing how certain psychological and emotional factors influence body dissatisfaction is of vital importance for the prevention of psychopathologies characterised, among other criteria, by a distorted view of one's own body.

Perceived emotional intelligence has been found to be relevant in coping with situations with negative connotations, such as dissatisfaction with and rejection of one's own body (Pollatos et al., 2020; Ruvalcaba et al., 2019). Perceived emotional intelligence refers to emotional attention, or the self-perceived ability to attend to emotional states; to emotional clarity, or the ability to distinguish, discriminate, and understand emotions; and to emotional repair, or the ability to regulate emotions, interrupting negative emotional states and prolonging positive ones (Salovey & Mayer, 1990).

In this line, it has been shown that those individuals who perceive themselves with an adequate capacity to understand their emotional states show a greater liking towards their own physique (Momeñe et al., 2023; Serpa, 2013). In addition, emotional repair has been linked to a better appreciation of reality, closely related to more accurate perceptions and judgments about figures (Fernandes, 2018; Rodriguez, 2019; Shriver et al., 2020). In this sense, the lack of some of these components is related to greater distress and dislike of one's own body and weight (Cuesta-Zamora et al., 2018). However, not all dimensions of perceived emotional intelligence seem to act in the same way. In this sense, it has been shown that very low or high levels of perception and attention to emotional states are related to a greater dislike of one's own body, limiting the development of variables linked to psychological adaptation (Calvo et al., 2014; Ruiz-González & Guil, 2023).

In addition to emotional intelligence, some studies have linked body dissatisfaction with self-esteem. According to Rosenberg (1965), self-esteem is conceived as an attitude or feeling that people have towards their own self through the evaluation of their characteristics. A study on satisfaction with body image conducted with young people found that those with high self-esteem were more physically satisfied (Padrón-Salas et al., 2015). Likewise, De Sousa Fortes et al. (2014)

found that young people with low self-esteem were less satisfied with their body image. Similar results have been confirmed through systematic reviews, where significant relationships have been found between self-esteem and body dissatisfaction (Moradi et al., 2021; Tort-Nasarre et al., 2021).

It should be noted that the research carried out on body dissatisfaction tends to deal with this construct in a general way, and no studies address the concern for different aspects related to body dissatisfaction. In this sense, this study aims to determine the influence of perceived emotional intelligence and self-esteem on total body dissatisfaction and its different manifestations in young women.

The following specific objectives are derived from this general objective:

- To determine the percentage of participants who do not show body dissatisfaction or mild, moderate or extreme concern towards their body.
- To find out the average levels of body dissatisfaction, perceived emotional intelligence and self-esteem.
- To analyse the explanatory and predictive capacity of perceived emotional intelligence and self-esteem on body dissatisfaction.

It is expected that a better ability to manage emotions and higher levels of self-satisfaction predict lower levels of body dissatisfaction.

METHOD

Participants

Study participants were 204 women aged 18 to 35 years ($M = 23.75$; $SD = 3.60$) from the province of Cadiz (Spain). The inclusion criteria to participate in the study were: (1) being a woman; and (2) being older than 18 years; (3) having adequate reading and writing skills to understand the psychological instruments; and (4) not being under the influence of psychoactive medication. The exclusion criteria were have at the time of the assessment any psychological disorder linked to body image disturbances.

Variables and instruments

Body dissatisfaction. The body image questionnaire developed by Cooper et al. (1987) and adapted to Spanish by Raich et al. (1996) was used. This instrument assesses the concern that people feel about their weight, the dissatisfaction they feel with their body, as well as the avoidance of circumstances in which their body is exposed.

It is composed of 34 items that assess attitudinal aspects of body image through a Likert-type scale from 1 (Never) to 6 (Always). Specifically, it provides information about body dissatisfaction, as well as five subdimensions: 1) concern about weight in connection with eating; 2) concern about the unsightly aspects of obesity; 3) general

body dissatisfaction; 4) body dissatisfaction regarding the lower body: thighs, hips and buttocks; and 5) use of vomiting or laxatives to reduce body dissatisfaction. Scores below 81 do not indicate body concern; scores between 81 and 110 are indicative of mild concern; between 111 and 140 points correspond to moderate concern and scores above 140 indicate extreme concern. The internal consistency assessed through Cronbach's in the study sample was 0.97.

Perceived emotional intelligence. It was assessed through the *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24) developed by Salovey et al. (1990) in its Spanish adaptation by Fernández-Berrocal et al. (2004). It is a self-report instrument that consists of 24 items Likert-type scale from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree) points. It assesses three subscales: 1) Emotional attention: It refers to the skill to identify and to pay attention to experienced emotions (e.g.: "I usually care a lot about what I feel"); 2) Emotional clarity: It provides information about the perceived ability to understand and discriminate the emotions (e.g.: "I almost always know how I feel"); and 3) Emotional repair: It refers to the perceived ability to regulate and manage negative emotional states, as well as to prolong positive emotions. (e.g.: "Even though I feel bad, I try to think about pleasant things").

The scores below 24 are interpreted as low emotional attention, between 24 and 35 as adequate, and above 36 as excessive. Regarding emotional clarity and emotional repair, values below 23 revealed low levels, between 24 and 34 adequate, and above 35 excellent. The internal consistency assessed through Cronbach's alpha for each of the dimensions was: emotional attention ($\alpha = 0.86$), emotional clarity ($\alpha = 0.91$), and emotional repair ($\alpha = .87$).

Self-esteem. *Rosenberg Self-Esteem Scale -RSES-* (Rosenberg, 1965; Spanish adaptation by Salgado & Iglesias, 1995) was administered to assess feelings of self-respect and self-acceptance. It is composed of 10 items with a scale of 1 to 4 points (1 = strongly disagree; 4 = strongly agree). Five of the items are positively drafted (i.e., 'I think I have some good qualities'), and the remaining five items are negatively worded (i.e., 'I think I don't have much to be proud of'). The results are interpreted as follows:

- Scores below 25: Low self-esteem
- Scores between 26 and 29: Medium self-esteem. Self-esteem should be improved, although there are no serious problems.
- From 30 to 40 points: High self-esteem, within the normal range.

This scale has been adapted and validated in a Spanish population showing satisfactory psychometric properties (Salgado & Iglesias, 1995). The internal consistency of the scale calculated by Cronbach's alpha in the present study was 0.81.

Procedure

A cross-sectional design was carried out for the assessment of the participants. All women in the study participated voluntarily and gave their informed consent to participate. Before confirming their participation, they received all the information about the aims of the study and the guarantee of anonymisation of the data.

The data were collected virtually using Google Forms. The battery of instruments was disseminated by telematic means, such as e-mails and social networks. Data collection was performed and analyzed in compliance with the guidelines of the Helsinki Declaration of 1975.

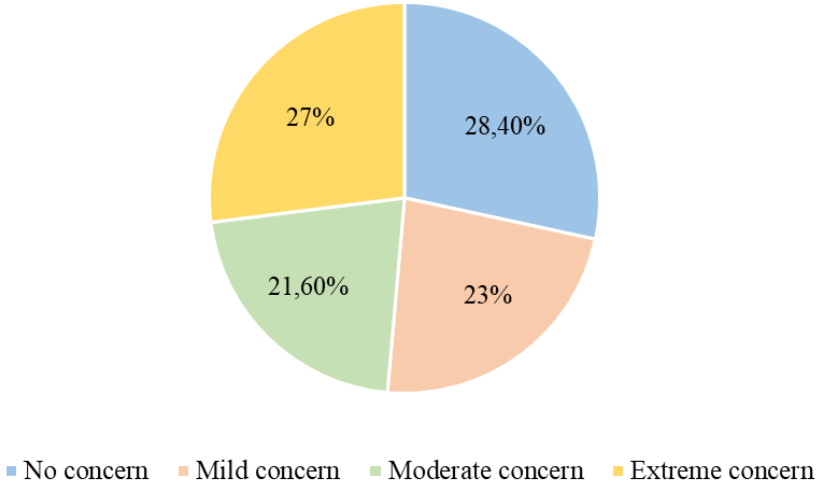
Data Analyses

Preliminary analyses were carried out to check the internal consistencies through Cronbach's alpha, frequency analysis for body dissatisfaction, and descriptive statistics (means, standard deviations and minimum and maximum values) for all variables. Regarding the effect size of Pearson correlations, it was calculated based on the correlation coefficients, where values were interpreted as follows: values between 0.10 and 0.30 as small effects; values between 0.30 and 0.50 as moderate effects; and greater than 0.50, as high effects. A regression analysis was performed to determine the explanatory and predictive ability of the dimensions of perceived emotional intelligence on body dissatisfaction. All the statistical analyses were carried out with the statistical software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) vol.22.

RESULTS

Regarding the first objective, it was observed that 28.4% of women are not concerned about their body shape, 23% of the participants have a slight concern about their body image, 21.6% have a moderate concern, and 27% have an extreme concern (Figure 1). In other words, these analyses indicated that the total sample showed equal levels of mild, moderate, and extreme body dissatisfaction.

Figure 1. Frequency analysis: body dissatisfaction



Concerning the second objective, as seen in Table 1, the descriptive results show that the total sample has a slight body dissatisfaction. Regarding the dimensions of perceived emotional intelligence, young women present adequate levels of emotional attention, emotional clarity, and emotional repair. Besides, levels of self-esteem are high.

Table 1. Descriptive statistics

Variables	Mean	SD	Minimum	Maximum
Concern about weight	25.18	9.91	7	42
Aspects of obesity	14.50	5.75	4	24
General body dissatisfaction	7.44	3.99	3	18
Body dissatisfaction: lower body	7.03	3.36	2	12
Use of vomiting or laxatives	2.51	1.50	2	9
Total body dissatisfaction	109.21	40.06	34	193
Self-esteem	32.21	5.56	18	40
Emotional attention	29.86	5.89	14	40
Emotional clarity	26.22	6.35	10	40
Emotional repair	28.93	5.96	13	40

Regarding the bivariate correlations (Table 2) between body dissatisfaction and perceived emotional intelligence, it was found that only emotional clarity was significantly related to some dimensions of body dissatisfaction. Specifically, it was negatively associated with a concern about weight in connection with intake, with unsightly aspects linked to obesity, and with the use of vomiting and laxatives,

showing a small positive association. However, no significant associations were found with emotional clarity and emotional repair.

Table 2. Pearson bivariate correlations

Variables	Emotional attention	Emotional clarity	Emotional repair	Self-esteem
Concern about weight	.00	-.14*	-.03	-.35**
Aspects of obesity	.02	-.18*	-.05	-.38**
General body dissatisfaction	.12	-.13	-.11	-.48**
Body dissatisfaction: lower body	.07	-.02	-.06	-.41**
Use of vomiting or laxatives	.12	-.15*	.06	-.14
Total body dissatisfaction	.06	-.12	-.07	-.47**

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

Besides, self-esteem presents a moderate negative relation with the total dimension of body dissatisfaction, and with most of its subdimensions: weight concern in connection with intake, non-aesthetic aspects related to obesity, general dissatisfaction with the body, and lower body.

Finally, attending to the third objective, regression analyses were carried out introducing as dependent variables the total dimension of body dissatisfaction as well as its sub-dimensions. In addition, those variables that had shown a statistically significant relationship in the previous analysis were included as independent variables (Table 3).

Table 3. Regression analysis

	R ²	F	β	t	p
DV: Concern about weight	.12	13.80***			
Emotional clarity			-.03	-.56	.57
Self-esteem			-.33	-4.82***	.000
DV: Aspects of obesity	.15	17.45***			
Emotional clarity			-.07	-1.01	.31
Self-esteem			-.36	-5.26***	.000
DV: General body dissatisfaction	.23	59.55***			
Self-esteem			-.48	-7.71***	.000
DV: Lower body	.17	41.44***			
Self-esteem			-.41	-6.44***	.000
DV: Use of vomiting or laxatives	.02	4.76*			
Emotional clarity			-.15	-2.18*	.03
DV: Total body dissatisfaction	.22	56.62			
Self-esteem			-.47	-7.52***	.000

Considering all models, it was found that although emotional clarity was related to several subdimensions of body dissatisfaction, it only negatively predicted the use of vomiting and laxatives to reduce body concern ($\beta = -.15$; $p = .03$). On the other hand,

levels of self-esteem did predict a reduction in total body dissatisfaction ($\beta = -.47$; $p = .000$), as well as weight concern in connection with intake ($\beta = -.33$; $p = .000$), unsightly aspects of obesity ($\beta = -.36$; $p = .000$), general body dissatisfaction ($\beta = -.48$; $p = .000$), and dissatisfaction with the lower body ($\beta = -.41$; $p = .000$).

DISCUSSION/CONCLUSIONS

The main objective of the present research was to analyze the influence of perceived emotional intelligence on body dissatisfaction in young women.

Concerning the first objective, it was found that the total sample showed equal levels of mild, moderate, and extreme body dissatisfaction. In other words, more than half of the participants in this research report negative feelings towards their figures, making comparisons with other bodies that they believe to be ideal. These data are slightly lower than those found in the study by Alcolea et al. (2021) and Salamea et al. (2019), in which approximately 90% of the participants showed moderate or extreme dissatisfaction towards their own body.

However, and attending to the second objective, descriptive analyses in our study indicated that the total sample showed mild dissatisfaction with their physique. Unexpectedly, the levels were lower than those found in the studies of Di Gesto et al. (2022) and Vuong et al. (2021), who found moderate or extreme scores of body dissatisfaction. Besides, the women participants, present adequate levels of perceived emotional intelligence. That is, they are confident in their ability to attend to, understand and successfully regulate their emotional states.

Regarding the bivariate correlations, emotional clarity was the only dimension of perceived emotional intelligence that was related to some subdimensions of body dissatisfaction (Serpa, 2013). Specifically, greater difficulty in understanding and discriminating emotions was related to greater dissatisfaction with weight in connection with intake, with the unsightly aspects of obesity, and with greater use of vomiting and laxatives. Besides, in contrast to Fernandes (2018), Rodríguez (2019), and Shriver et al. (2020), the perceived ability to attend to, and regulate emotions, was not associated with body dissatisfaction in the female participants of this research.

Regarding self-esteem, it was negatively related to most subdimensions of body dissatisfaction except for the use of vomiting and laxatives to reduce discomfort. In line with previous studies, women who rate themselves more negatively have a higher risk of feeling dissatisfied with their body in general, or with some aspect of their body image (De Sousa Fortes et al., 2014; Moradi et al., 2021; Tort-Nasarre et al., 2021).

Finally, concerning the third aim of this research, it was found that although emotional clarity was negatively associated with several subdimensions of body dissatisfaction, it only predicted the use of vomiting or laxatives. In other words, people who have some limitations in understanding their emotions are more likely to

engage in these behaviours. This finding is in line with research indicating a higher use of purgative behaviours or eating disorders in people who have difficulty recognising and discriminating their emotional states (Andreescu et al., 2023; Hanras et al., 2022).

In addition, in line with previous results, self-esteem negatively predicted different aspects of body dissatisfaction. Specifically, those young women with a negative overall self-appraisal were more likely to report weight concerns in connection with intake, with unsightly aspects of obesity, lower body limbs, as well as general body dissatisfaction (Momeñe et al., 2023).

These results highlight the importance of carrying out psychological interventions that promote the management of emotions, and more specifically emotional clarity, as well as an improvement in self-esteem. Addressing these psychological aspects could have an impact on improving the mental health of young women and preventing the onset of eating disorders.

Although there is research linking body dissatisfaction with psychological variables such as perceived emotional intelligence and self-esteem, no studies have been found that address the specific influences on the different manifestations of body dissatisfaction. However, this study is not without limitations, such as the cross-sectional nature of the study, which prevents the establishment of causal relationships, or the size of the sample. In future lines, it is proposed to carry out longitudinal studies to see how the relationship of these variables fluctuates over time, to analyse these aspects in terms of possible sex differences and even to apply them to clinical populations with some type of psychological disorder related to body image.

REFERENCES

- Alcolea, F.G., López-Gil, J.F., y López, P.J.T. (2021). Adherencia a la dieta mediterránea, nivel de actividad física e insatisfacción corporal en sujetos de 16 a 50 años de la Región de Murcia. *Clinica e Investigación en Arteriosclerosis*, 33(1), 10-18. doi:10.1016/j.arteri.2020.06.005
- Andreescu, C.A., Pascual-Leone, A. y Nardone, S. (2023). Disordered eating is related to deficits in emotional processing: A correlational study with a subclinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 325, 337-345. doi:10.1016/j.jad.2022.12.124
- Arrayás, M.J., Tornero, I., y Díaz, M.S. (2018). Percepción de la imagen corporal de los adolescentes de Huelva atendiendo al género y a la edad. *Retos Nuevas tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, 34, 40-43.
- Baños-Chaparro, J. y Marca, K.A. (2020). Body Shape Questionnaire (BSQ): Estructura factorial y fiabilidad en universitarios peruanos. *Avances en Psicología*, 28(2), 269-278. doi:10.33539/avpsicol.2020.v28n2.2254
- Calvo, R.S., Morales, L.T., Ostolaza, G.S., García, S.K., Martínez, C.M., Codesal, R., y Fernández, A.B. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta

alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 941-952. doi:10.3305/nh.2014.29.4.7326

Carvalho, G.X.D., Nunes, A.P.N., Moraes, C.L., y Veiga, G.V.D. (2020). Body image dissatisfaction and associated factors in adolescents. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25, 2769-2782. doi:10.1590/1413-81232020257.27452018

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O

Cuesta-Zamora, C., González-Martí, I., y García-López, L.M. (2018). The role of trait emotional intelligence in body dissatisfaction and eating disorder symptoms in preadolescents and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 126, 1-6. doi:10.1016/j.paid.2017.12.021

De Sousa Fortes, L., Cipriani, F.M., Dias Coelho, F., Tavares Paes, S., y Caputo Ferreira, M.E. (2014). Does self-esteem affect body dissatisfaction levels in female adolescents? *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 236-240. doi:10.1590/0103-0582201432314

Di Gesto, C., Nerini, A., Policardo, G.R., y Matera, C. (2022). Predictors of acceptance of cosmetic surgery: Instagram images-based activities, appearance comparison and body dissatisfaction among women. *Aesthetic Plastic Surgery*, 1-11.

Fernandes, H.M. (2018). Physical activity and mental health in adolescents: The mediating effect of self-esteem and body satisfaction. *Revista de Psicología del Deporte*, 27(1), 67-76.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N.S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro Actas Congreso Evaluación Psicológica*, 1, 82-84.

Franco, K., Díaz, F., y Bautista, M.L. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 303-312. doi:10.30554/archmed.19.2.3283.2019

Hanras, E., Boujut, E., Ruffault, A., Messenger, D., Rives-Lange, C., Barsamian, C., ... y Dorard, G. (2022). Binge eating disorder: what are the differences in emotion regulation, impulsivity, and eating behaviors according to weight status? *Obesity Medicine*, 36, 1-18. doi:10.1016/j.obmed.2022.100462

Jiménez-Flores, P., Jiménez-Cruz, A., y Bacardí-Gascón, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489. doi:10.20960/nh.455

López, G.F., Díaz, A., y Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología*, 34(1), 167-172. doi:10.6018/analesps.34.1.294781

Mallaram, G.K., Sharma, P., Kattula, D., Singh, S., y Pavuluru, P. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: a cross-sectional study among female medical students. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 225. doi:10.1186/s40337-023-00945-2

- Manrique, R.B., Suárez, R.L.M., Vallejo, K.M., Manrique, C.C., Santamaría, A.M., y Pincay, A.G. (2018). Trastornos corporales en adolescentes e influencia de los medios de comunicación. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-11.
- Medina-Gómez, M.B., Martínez-Martín, M.A., Escolar-Llamazares, M.C., González-Alonso, Y., y Mercado-Val, E. (2019). Ansiedad e insatisfacción corporal en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 13-21. doi:10.14718/ACP.2019.22.1.2
- Momeñe, J., Estévez, A., Herrero, M., Griffiths, M.D., Olave, L., y Iruarrizaga, I. (2023). Emotional regulation and body dissatisfaction: The mediating role of anger in young adult women. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1-12. doi:10.3389/fpsy.2023.1221513
- Moradi, M., Mozaffari, H., Askari, M., y Azadbakht, L. (2021). Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 62(2), 555-570. doi:10.1080/10408398.2020.1823813
- Moreno, M.A. y Ortiz, G.R. (2009). Eating disorder and its relationship with body image and self-esteem in adolescents. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-189.
- Padrón-Salas, A., Hernández-Gómez, J.F., Nieto-Caraveo, A., Aradillas-García, C., Cossío-Torres, P.E., y Palos-Lucio, A.G. (2015). Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Acta Universitaria*, 25(1), 76-78. doi:10.15174/au.2015.769
- Pérez-Bustinzar, A.R., Valdez-Aguilar, M., Rojo Moreno, L., Radilla Vázquez, C.C., y Barriguete Meléndez, J.A. (2023). Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes mujeres con trastornos alimentarios: un modelo explicativo. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 1-9. doi:10.21071/psy.v15i2.15608
- Pollatos, O., Georgiou, E., Kobel, S., Schreiber, A., Dreyhaupt, J., y Steinacker, J.M. (2020). Trait-based emotional intelligence, body image dissatisfaction, and HRQoL in children. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 973-982. doi:10.3389/fpsy.2019.00973
- Raich, R.M. (2010). *Imagen Corporal: Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 7, 51-66.
- Rodríguez, C. (2019). Imagen corporal y su relación con el nivel de actividad física y la inteligencia emocional en adolescentes femeninas de diferentes niveles socioeconómicos: estudio en una población argentina (Tesis doctoral). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10272/17975>
- Rossi, C.E., da Silva, K.P., Costa, L.D.C.F., Barboza, B.P., y de Vasconcelos, F.D.A.G. (2023). Body image and association with BMI, and purgative behaviours for weight control in adolescents aged 11-14 years. *British Journal of Nutrition*, 129(6), 1095-1104. doi:10.1017/S0007114522001994
- Ruiz-González, P. y Guil, R. (2023). Experiencing anxiety in breast cancer survival: Does perceived emotional intelligence matter? *Psycho-Oncology*, 32(6), 972-979. doi:10.1002/pon.6140

Ruvalcaba, N.A., Gallegos, J., Solís, O., Gabriela, M., y Bravo, H.R. (2019). Validez predictiva de las competencias socioemocionales sobre la resiliencia en adolescentes mexicanos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 89-101. doi:10.15332/s1794-9998.2019.0015.07

Salamea, R.M., Fernández, J.C., y Gonzáles, M.A. (2019). Obesidad, sobrepeso e insatisfacción corporal en estudiantes universitarios. *Espacios*, 40(36), 1-9.

Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.

Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 125-154). American Psychological Association. doi:10.1037/10182-006

Serpa, J.C.N.S. (2013). Relación entre composición corporal, imagen corporal, actividad física e inteligencia emocional en alumnado universitario: estudio de una población portuguesa (Tesis doctoral). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10272/12345>

Shriver, L.H., Dollar, J.M., Calkins, S.D., Keane, S.P., Shanahan, L., y Wideman, L. (2020). Emotional eating in adolescence: Effects of emotion regulation, weight status and negative body image. *Nutrients*, 13(1), 79. doi:10.3390/nu13010079

Stojic, I., Dong, X., y Ren, X. (2020). Body image and sociocultural predictors of body image dissatisfaction in Croatian and Chinese women. *Frontiers in Psychology*, 11, 731-740. doi:10.3389/fpsyg.2020.00731

Tort-Nasarre, G., Pollina Pocallet, M., y Artigues-Barberà, E. (2021). The meaning and factors that influence the concept of body image: Systematic review and meta-ethnography from the perspectives of adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1140-1152. doi:10.3390/ijerph18031140

CAPÍTULO 22

BURNOUT Y REDES DE APOYO SOCIAL EN TRABAJADORES

MARINA RAMÍREZ ZHINDÓN
Universidad Técnica Particular de Loja

INTRODUCCIÓN

El apoyo social es un aspecto importante para la salud de las personas, actuando como un factor protector ante los inevitables estresores laborales, ya que proporciona al personal ayuda, pertenencia y reconocimiento. Este apoyo facilita la gestión del estrés en situaciones específicas y contribuye a la satisfacción laboral, además de prevenir problemas físicos y mentales en el contexto de trabajo, lo cual ayuda a los trabajadores a recuperar el bienestar emocional (Gandarillas y Jiménez 2014; Mansilla, Rodríguez, y Torres, 2010).

Según Posada y Díaz (2017), el apoyo social es una variable mediadora que influye positivamente en los eventos estresantes. Este apoyo se asocia a la percepción subjetiva de ayuda recibida, ya sea de tipo instrumental, emocional o informativo, y permite satisfacer las necesidades básicas del trabajador, lo que contribuye a una mejor calidad de vida (Coyotl, Gutiérrez, y Guzmán, 2015).

Asimismo, Noriega, Jiménez, y Monterroza (2017) describen el apoyo social como un proceso interactivo mediante el cual se recibe ayuda de una red social, ya sea informal, íntima o de la comunidad, con efectos beneficiosos en el bienestar y la salud. Este proceso aumenta la autoestima, la tolerancia al estrés y la capacidad de adaptación de los trabajadores, proporcionando un sentido de pertenencia, estabilidad y control en el ambiente laboral (Chavarría y Barra, 2014).

El apoyo social en el trabajo también es clave para prevenir factores de riesgo psicosociales en el lugar de trabajo. Sus beneficios provienen principalmente de dos fuentes: los compañeros y los supervisores (Blanch, 2016). De manera similar, la calidad del apoyo recibido de amigos, colegas y familiares se relaciona positivamente con el bienestar y la autoestima de los trabajadores (Fiorilli, De Stasio, Di Chiacchio, Pepe, y Salmela-Aro, 2015).

En relación al apoyo entre compañeros, Chiaburu y Harrison (2008) sostienen que los trabajadores suelen identificarse y conectarse con colegas del mismo nivel jerárquico. Este tipo de apoyo implica la provisión de recursos como amistad, afecto y ayuda en tareas laborales. Rosario-Hernández y Millán (2014) amplían que esta percepción se relaciona con el interés y la preocupación de los compañeros por el bienestar del trabajador, la valoración de su opinión en trabajos de equipo y la ausencia de conflictos entre colegas.

Por otro lado, el apoyo de los supervisores se basa en la percepción que tienen los trabajadores sobre si sus superiores valoran sus contribuciones, facilitan su trabajo y muestran interés por su bienestar y desarrollo dentro de la empresa (Rosario-Hernández y Millán, 2014). De igual forma, Palomo-Vélez, Carrasco, Bastías, Méndez, y Jiménez (2015) indican que este apoyo se relaciona con la ayuda de los superiores para cumplir tanto con los objetivos personales del trabajador como con los de la empresa.

El estudio del síndrome de burnout, junto con el análisis del apoyo social, es fundamental para la salud ocupacional y el bienestar psicológico en la actualidad. El burnout, caracterizado por agotamiento emocional y despersonalización, ha demostrado un impacto significativo en la calidad de vida de los trabajadores y en su desempeño profesional. Investigaciones recientes subrayan cómo el apoyo social puede reducir el estrés percibido y aliviar síntomas de burnout, al proporcionar a las personas una red de contención emocional y práctica en momentos de dificultad (Acoba, Yildirim, y Mansueto, 2024). Además, estudios recientes indican que una cultura organizacional que fomenta el apoyo entre pares contribuye al bienestar y a la motivación de los empleados, ayudando a mitigar los efectos negativos del burnout y promoviendo un entorno laboral más saludable (Harkn, 2024).

Esta investigación resalta la importancia de crear entornos laborales que favorezcan la comunicación y la asistencia mutua, así como estrategias organizacionales de apoyo psicológico, en especial en sectores de alta presión laboral. En este contexto, el apoyo social emerge no solo como un protector ante el estrés, sino también como un factor clave para la prevención del burnout y la promoción del bienestar integral en el lugar de trabajo. Por tal motivo, el objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el apoyo social y las dimensiones del síndrome de burnout.

MÉTODO

En primer lugar, el diseño de investigación es cuantitativo, pues los datos fueron obtenidos a través de instrumentos que permitieron recopilar respuestas numéricas de los participantes, generando una base de datos para el análisis estadístico. Este enfoque se utiliza para responder a los objetivos de la investigación de manera objetiva y precisa, aplicando pruebas como la correlación de Spearman para establecer la relación entre las variables (Bakker y Demerouti, 2018).

De acuerdo con Caballero (2014), este tipo de investigación suele emplearse para comprender cómo se relacionan aspectos del trabajo, como el apoyo social y el agotamiento emocional, a partir de datos que puedan interpretarse en función de relaciones estadísticas.

La investigación también es correlacional, ya que busca determinar el grado de relación entre variables en un contexto específico. En este caso, se explora cómo el

apoyo social de colegas y supervisores puede afectar el agotamiento emocional, el cinismo y la realización personal en el trabajo. (Maslach y Leiter, 2016).

Otra característica fundamental de este tipo de estudio es que es de tipo no experimental. No se manipulan las variables en estudio; en cambio, los datos se recolectan en su contexto natural, es decir, el entorno laboral, sin intervención en los factores que se están midiendo (Schaufeli, 2017).

Además, el estudio tiene un diseño transversal, dado que se evaluaron los constructos de interés (como el apoyo social y el agotamiento emocional) en un solo momento en el tiempo (Hobfoll, 2011).

El instrumento *COPSOQ III (Questionnaire for Psychosocial Risk Assessment)*, desarrollado en Copenhague, Dinamarca, y modificado por la Red Internacional COPSOQ, es una herramienta de evaluación diseñada para medir factores psicosociales en el entorno laboral que pueden afectar la salud y seguridad de los trabajadores (Mental Injury, 2016). Esta versión incluye 29 ítems que evalúan diversos aspectos del ambiente de trabajo, como las demandas laborales, la organización y relaciones en el trabajo, la precariedad, valores laborales, condiciones ambientales y de seguridad, y el bienestar de los empleados. Además, examina conductas ofensivas en el entorno laboral, como el bullying y el acoso.

La herramienta puede ser utilizada tanto a nivel individual como colectivo, y emplea una escala Likert de 5 puntos, en la cual las respuestas varían de 0 (sin exposición al factor) a 4 (exposición total al factor). Esta escala permite evaluar la frecuencia y la intensidad con las que los trabajadores experimentan estos factores.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el instrumento tiene una varianza explicada de 62.2%, lo que sugiere que cubre un rango significativo de los factores psicosociales en el trabajo. Los coeficientes alfa de Cronbach (α) para las diferentes escalas oscilan entre .64 y .91, lo cual demuestra un buen nivel de consistencia interna (Alvarado, Marchetti, Villalón, Hirmas, y Pastorino, 2009).

El Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS) es un cuestionario que cuenta con 16 preguntas, diseñado para evaluar el síndrome de Burnout, un estado de agotamiento emocional, mental y físico debido a condiciones laborales. Este instrumento mide el Burnout en tres dimensiones principales: agotamiento, cinismo y realización personal.

Las respuestas de cada pregunta se organizan en una escala Likert que va de 0 a 6. En esta escala, el valor 0 indica que la situación descrita "nunca" ocurre, mientras que el 6 señala que ocurre "todos los días". Los números intermedios (1 a 5) representan diferentes niveles de frecuencia en la ocurrencia de las experiencias evaluadas, proporcionando una medida detallada de la intensidad con que los trabajadores enfrentan síntomas de Burnout.

El Agotamiento Emocional: Esta dimensión tiene 5 preguntas y se enfoca en evaluar el grado de cansancio emocional que una persona siente como resultado de su trabajo, es decir, mide hasta qué punto el trabajo agota emocionalmente al individuo.

El Cinismo: También compuesto por 5 preguntas, esta dimensión analiza las actitudes y sentimientos negativos hacia el trabajo. Un alto puntaje en cinismo refleja una desconexión emocional y una actitud de indiferencia o desapego hacia las responsabilidades laborales.

La Realización personal: Con 6 preguntas, esta dimensión evalúa el sentido de competencia y logro en el trabajo. Un puntaje alto en esta escala indica que la persona se siente eficaz y satisfecha con sus logros laborales.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, estudios previos han comprobado su confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.71. Este resultado indica que el MBI-GS posee una buena consistencia interna, es decir, que las preguntas dentro de cada dimensión son coherentes entre sí y miden de manera confiable el aspecto que se quiere evaluar (Bedoya, González y Martínez, 2016).

La muestra de esta investigación estuvo conformado por un total de 139 participantes, el 48.2% (67 personas) son de sexo masculino, mientras que el 51.8% (72 personas) son de sexo femenino. La mayoría de los participantes trabaja en zonas urbanas, con una frecuencia de 136 personas, lo que representa el 97.8% del total. Solo 3 personas (2.2%) trabajan en zonas rurales. En cuanto al tipo de contrato más común es el nombramiento provisional, con 56 personas (40.3%), seguido de nombramiento permanente con 40 personas (28.8%) y servicios ocasionales con 34 personas (24.5%). El contrato menos frecuente es el de libre nombramiento y remoción, con 9 personas (6.5%). La gran mayoría de los participantes (128 personas, 92.1%) no trabaja en turnos, mientras que solo 11 personas (7.9%) indicaron que sí lo hacen. La mayoría de los participantes trabaja en instituciones públicas (97 personas, 69.8%), mientras que 42 personas (30.2%) trabajan en instituciones privadas.

Para la elaboración del procedimiento se estableció un contacto inicial con los directivos de la institución para presentar una solicitud formal de autorización para recolectar los datos en sus instalaciones. Una vez obtenido su consentimiento, se acordó un horario para la aplicación de la batería de pruebas. En función de esto, se procedió a buscar la colaboración de profesionales, quienes aceptaron participar, firmando un consentimiento informado y se les explicó detalladamente los parámetros de la batería para asegurar una ejecución adecuada.

La recolección de datos se realizó durante un período de tres semanas. Las pruebas fueron administradas de manera individual, con una duración aproximada de

entre 25 y 30 minutos. Al finalizar este proceso, se depuraron los datos eliminando los cuestionarios incompletos y aquellos que no contaban con el consentimiento informado. Finalmente, el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el software SPSS-28, utilizando estadísticas descriptivas y el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar las relaciones entre variables.

RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo de cinco variables: agotamiento emocional, cinismo, realización personal, apoyo social de los colegas y apoyo social de los supervisores. Los resultados indican que el promedio de agotamiento emocional en la muestra ($N = 139$) fue de 10.54 ($DE = 7.18$). La sumatoria de cinismo presentó una media de 5.72 ($DE = 5.03$), mientras que la realización personal tuvo la media más alta, con 32.12 ($DE = 4.48$). En cuanto al apoyo social, los colegas promediaron 3.09 ($DE = 0.94$) y los supervisores 6.22 ($DE = 1.88$).

Se realizó un análisis de correlación de Spearman para evaluar la relación entre las sumatorias de apoyo social (de colegas y supervisores) y las dimensiones de agotamiento emocional, cinismo y realización personal. Los resultados indican que existe una correlación positiva y significativa entre el apoyo social de los colegas y el apoyo social de los supervisores, $rs = .446$, $p < .01$, lo que sugiere que los empleados que perciben más apoyo de sus colegas también tienden a percibir mayor apoyo de sus supervisores.

Además, el agotamiento emocional se correlaciona negativamente con el apoyo social de los colegas, $rs = -.207$, $p < .05$, y con el apoyo social de los supervisores, $rs = -.210$, $p < .05$, lo que indica que mayores niveles de apoyo social están asociados con niveles más bajos de agotamiento emocional. El cinismo también muestra una correlación negativa con el apoyo social de los colegas, $rs = -.257$, $p < .01$ y una correlación negativa más fuerte con el apoyo de los supervisores, $rs = -.361$, $p < .01$.

Por último, la realización personal tiene una correlación positiva con el apoyo social de los supervisores, $rs = .237$, $p < .01$, pero no presenta una correlación significativa con el apoyo de los colegas, $rs = .142$, $p = .097$.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de burnout y las dimensiones de apoyo social

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Agotamiento emocional	139	0	30	10.54	7.18
Cinismo	139	0	25	5.72	5.03
Realización personal	139	14	36	32.12	4.48
Apoyo social de los colegas	139	1	4	3.09	0.94
Apoyo social de los supervisores	139	0	8	6.22	1.88

Tabla 2. Correlaciones entre apoyo social, y las dimensiones del síndrome de burnout agotamiento emocional, cinismo y realización personal

Variables	Coefficiente de correlación (rho de Spearman)	Significación (bilateral)	N
Apoyo social de los colegas	1.000	.	139
Apoyo social de los supervisores	0.446**	0.000	139
Agotamiento emocional	-0.207*	0.015	139
Cinismo	-0.257**	0.002	139
Realización personal	0.142	0.097	139
Apoyo social de los supervisores y cinismo	-0.361**	0.000	139
Realización personal y apoyo de supervisores	0.237**	0.005	139

Nota: $p < .05$; $p < .01$

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos revelan un panorama importante sobre el estado emocional y la percepción de apoyo social entre los participantes. La media del agotamiento emocional ($M = 10.54$, $DE = 7.18$) y del cinismo ($M = 5.72$, $DE = 5.03$) sugiere que, aunque los niveles de desgaste emocional están presentes, estos no alcanzan valores extremos en la mayoría de los casos. Esto podría estar relacionado con la percepción de apoyo social de los colegas y supervisores, que han mostrado medias de 3.09 ($DE = 0.94$) y 6.22 ($DE = 1.88$), respectivamente.

La literatura sugiere que el apoyo social en el lugar de trabajo es un factor protector significativo contra el agotamiento emocional y el cinismo (Karasek y Theorell, 1990). Este apoyo permite una mayor resiliencia y satisfacción laboral, lo cual se alinea con los hallazgos de esta muestra, donde el apoyo de los supervisores muestra una media relativamente alta. Por otro lado, la realización personal con una media de 32.12 ($DE = 4.48$) podría indicar que los participantes, a pesar de la presencia de agotamiento y cinismo, mantienen un sentido de logro personal en sus labores, aspecto que también se ha reportado en investigaciones sobre bienestar laboral (Maslach y Leiter, 2016).

Es relevante considerar que niveles de cinismo y agotamiento sin el balance de un apoyo social adecuado pueden conducir a consecuencias negativas a largo plazo, como la disminución del rendimiento y un aumento en la rotación laboral (Schaufeli y Taris, 2014).

Los resultados de este estudio sugieren que el apoyo social en el trabajo, tanto de los colegas como de los supervisores, está relacionado significativamente con aspectos clave del bienestar laboral, como el agotamiento emocional, el cinismo y la realización personal. Estas relaciones respaldan la teoría de que el apoyo social

funciona como un recurso protector en el contexto del trabajo (Maslach y Leiter, 2016).

La correlación positiva entre el apoyo social de los colegas y el de los supervisores ($rs=.446$, $p<.01$) indica que los empleados que perciben un ambiente de trabajo más colaborativo y de apoyo son más propensos a experimentar apoyo desde múltiples fuentes. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que sugieren que un entorno de apoyo social robusto puede mejorar el clima laboral y reducir los niveles de estrés percibidos (Schaufeli, 2017).

Al respecto, el agotamiento emocional tiene una relación negativa tanto con el apoyo social de los colegas ($rs=-.207$, $p<.05$) como con el de los supervisores ($rs=-.210$, $p<.05$). Estos resultados coinciden con el estudio de Bakker y Demerouti (2018). La evidencia sugiere que contar con un apoyo social sólido puede actuar como un variable protectora frente al agotamiento, lo que resalta la importancia de cultivar redes de apoyo dentro de las organizaciones para promover la salud mental de los empleados.

El cinismo, una dimensión del desgaste profesional, también muestra una relación negativa con el apoyo social tanto de los colegas ($rs=-.257$, $p<.01$) como de los supervisores ($rs=-.361$, $p<.01$). Estos resultados sugieren que un mayor apoyo social está asociado con niveles reducidos de cinismo, lo que coincide con hallazgos de estudios previos que destacan cómo el apoyo social puede mitigar las actitudes negativas hacia el trabajo (Hobfoll, 2011).

Por último, la relación positiva entre la realización personal y el apoyo social de los supervisores ($rs=.237$, $p<.01$) indica que el apoyo de los supervisores contribuye a una mayor satisfacción y sentido de logro en el trabajo. Esto es consistente con la literatura que destaca el papel del liderazgo de apoyo en la promoción del desarrollo personal de los empleados y su motivación intrínseca (Deci y Ryan, 2008).

Estos datos ofrecen una perspectiva general sobre el estado emocional y social de los participantes, proporcionando una base útil para comprender los niveles de estrés laboral y el apoyo percibido en el entorno de trabajo. En este contexto, los hallazgos sugieren la importancia de fortalecer las redes de apoyo y las estrategias de intervención para mitigar los efectos del estrés laboral.

REFERENCIAS

- Acoba, E.F., Yildirim, M., y Mansueto, G. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2024.1330720
- Alvarado, R., Marchetti, N., Villalón, M., Hirmas, M., y Pastorino, S. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario COPSQ en la evaluación de factores de riesgo psicosocial en el trabajo. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 1–14.
- Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2018). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389–411.

- Bedoya, M.R., González, L.F., y Martínez, A.C. (2016). Evaluación psicométrica del Inventario de Burnout de Maslach en población colombiana. *Revista de Psicología*, 12(3), 15–29.
- Blanch, J.M. (2016). Apoyo social en el contexto laboral: una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Trabajo*, 32(1), 15–28.
- Caballero, C. (2014). *Métodos de investigación aplicados al contexto laboral*. Editorial Académica.
- Castillo, A.L. y Paredes, F.G. (2020). *Burnout y satisfacción laboral en trabajadores de la salud*. Editorial Académica Española.
- Chavarría, F. y Barra, G. (2014). Apoyo social y bienestar laboral en profesionales de la salud. *Salud y Psicología*, 8(2), 45–53.
- Chiaburu, D.S. y Harrison, D.A. (2008). Do peers make the place? Conceptual synthesis and meta-analysis of coworker effects on perceptions, attitudes, OCBs, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 93(5), 1082–1103.
- Coyotl, R., Gutiérrez, P., y Guzmán, M. (2015). Apoyo social y satisfacción laboral en contextos laborales. *Psicología Social Contemporánea*, 19(4), 205–221.
- Deci, E.L. y Ryan, R.M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182–185.
- Fiorilli, C., De Stasio, S., Di Chiacchio, C., Pepe, A., y Salmela-Aro, K. (2015). Teachers' burnout: The role of trait emotional intelligence and social support. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–8.
- Gandarillas, A. y Jiménez, R. (2014). Estrategias de afrontamiento y apoyo social: Efectos en la salud laboral. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 15(1), 45–59.
- Harkn. (2024). Workplace Wellbeing in 2024: Key Statistics y Studies. *Harkn*. Recuperado de <https://harkn.com>
- Hobfoll, S.E. (2011). Conservation of resources theory: Its implications for stress, health, and resilience. En S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 127–147). Oxford University Press.
- Karasek, R.A. y Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.
- Mansilla, M., Rodríguez, E., y Torres, L. (2010). Factores de apoyo social y su impacto en el estrés laboral. *Revista de Psicología Aplicada al Trabajo*, 18(2), 97–105.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (2016). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Taylor y Francis*.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (2016). *Burnout: A Multidimensional Perspective*. CRC Press.
- Mental Injury. (2016). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) - Version III.
- Noriega, J., Jiménez, M., y Monterroza, L. (2017). Redes de apoyo y salud laboral. *Revista Internacional de Psicología*, 25(3), 38–49.
- Palomo-Vélez, G., Carrasco, L., Bastías, E., Méndez, E., y Jiménez, P. (2015). Apoyo social en el ámbito laboral: Perspectivas y aplicaciones. *Psicología para la Salud*, 7(2), 127–141.

Posada, J. y Díaz, F. (2017). Apoyo social y estrés laboral: El rol mediador de la ayuda social percibida. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 115–129.

Rosario-Hernández, E. y Millán, J. (2014). El apoyo social como factor de protección en el entorno laboral. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 30(3), 189–204.

Schaufeli, W.B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A "how to" guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132.

Schaufeli, W.B. y Taris, T.W. (2014). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Well-Being at Work. *Journal of Industrial Psychology*, 20(2), 12–19.

CAPÍTULO 23

EVIDENCIA SOBRE LAS PSICOTERAPIAS EN EL MANEJO COMPLEMENTARIO DEL TRASTORNO BIPOLAR: UN ENFOQUE INTEGRAL

JUAN MANUEL CÁMPORA CARRASCO, MARÍA RUEDA-EXTREMERA, Y
MARÍA CANTERO GARCÍA
Universidad a distancia de madrid (UDIMA)

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es una psicopatología que se caracteriza por oscilaciones extremas del estado de ánimo, alternando episodios depresivos con fases de manía o hipomanía, además de episodios mixtos donde ambos pueden presentarse simultáneamente (APA, 2014; OMS, 1992; Ramírez-Basco y Thase, 2007). Esta condición, anteriormente conocida como enfermedad maniaco-depresiva, incluye diversos subtipos agrupados bajo el “Espectro Bipolar”: TB-I, TB-II, ciclotimia, TB inducido por sustancias, y TB secundario a afecciones médicas, entre otros. Su prevalencia en la población general es del 0,5-1,6 %, siendo más frecuente en mujeres en el caso del TB-II, mientras que para el TB-I esta proporción es similar en ambos sexos (Bland, 1988; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 1997; Weissman et al., 1996).

El inicio del TB suele ser temprano, presentándose antes de los 20 años en la mayoría de los casos y con una media de inicio en torno a los 19 años (Burke et al., 1990; Perlis et al., 2009). Las oscilaciones en el estado de ánimo, junto a la naturaleza crónica y recurrente del trastorno, son responsables de sus amplios efectos sobre la funcionalidad de los pacientes y su impacto en la vida diaria. La complejidad de su diagnóstico se debe en parte a que alrededor de un 50 % de los casos inician con síntomas depresivos, lo que lleva a diagnósticos erróneos hasta la aparición de episodios maníacos o hipomaniacos (Judd et al., 2005; Ruggero et al., 2010). Los estudios sobre su incidencia y prevalencia, que oscilan entre 1,7 y 6,2 casos por 100.000 habitantes al año, se basan en episodios maníacos iniciales para asegurar la precisión del diagnóstico (Kennedy et al., 2005; Kroon et al., 2013).

Los factores que contribuyen a la etiología del TB son diversos. La teoría de la diátesis-estrés es una de las más aceptadas, proponiendo que factores ambientales y sociales, junto a una predisposición genética, pueden desencadenar el trastorno (Craddock y Sklar, 2013; Zubin y Spring, 1977). El TB muestra un alto riesgo de comorbilidades psicológicas y físicas, siendo comunes los trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y condiciones médicas como hipertensión y obesidad (García-Portilla et al., 2008; MMSS, 2012). Estas condiciones secundarias afectan

significativamente la evolución clínica del TB y la respuesta a las intervenciones (Gordillo-Romero y Birmaher, 2014).

Dado el curso fluctuante y la alta tasa de recaídas del TB, su tratamiento requiere de intervenciones que aborden no solo los síntomas inmediatos, sino que también actúen como prevención a largo plazo. Aunque los tratamientos farmacológicos, como los eutimizantes y neurolépticos, han demostrado ser efectivos en reducir la intensidad de los episodios, sus efectos son parciales, presentando altas tasas de recaída y deterioro psicosocial en pacientes (Coryell et al., 1993; Goldberg et al., 1995). Sin embargo, la combinación de medicación con terapias psicológicas ha mostrado mejoras sustanciales en la adherencia y reducción de hospitalizaciones (Craighead et al., 1998; Lam et al., 2009). Los tratamientos con mayor evidencia de eficacia incluyen la terapia psicoeducativa (TPE), la cognitivo-conductual (TCC) y la familiar y de pareja (TFP) (Miklowitz y Scott, 2009; Scott et al., 2007). Estas intervenciones complementarias han sido particularmente útiles para optimizar la recuperación funcional y reducir la frecuencia y duración de las recaídas, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la evidencia actual sobre la eficacia de diferentes modalidades psicoterapéuticas en el tratamiento del TB, determinando si pueden ser recomendadas para su uso en la práctica clínica. La revisión se centra en confirmar la eficacia de las tres terapias principales (TPE, TCC y TFP) y en explorar si existen otras opciones terapéuticas con suficiente soporte empírico, como la TIPRS, TSI, TAI, así como la TRF, TBM y TBT. Además, se establecen los siguientes subobjetivos: identificar los protocolos de intervención de cada terapia, determinar la duración mínima de intervención y sus efectos en síntomas maníacos y depresivos, evaluar la duración de los beneficios a largo plazo y determinar los dominios funcionales mejorados (personal, familiar, laboral).

MÉTODO

Para verificar la hipótesis principal sobre la eficacia y efectividad del uso coadyuvante de determinadas terapias psicológicas en el tratamiento del TB, y responder también al resto de los sub-objetivos planteados en el apartado anterior, se ha realizado una exhaustiva búsqueda y revisión de los ensayos clínicos publicados en los últimos 11 años (2008-2019) sobre dichas psicoterapias.

Protocolo de revisión

Como protocolo para la revisión de la evidencia se ha utilizado la metodología propuesta por Moher, Liberati, Tezlaff, Arman y grupo PRISMA (2010).

Criterios de selección

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de los ensayos clínicos sobre las psicoterapias para el TB.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Investigan la eficacia/efectividad de intervenciones psicosociales (individuales o grupales) para el tratamiento del TB sin comorbilidades u otros trastornos.	Tratamiento de comorbilidades (ansiedad o abuso de alcohol o sustancias) o de comportamientos de salud asociados al TB (ritmos circadianos, etc.).
Hacen referencia al siguiente grupo de psicoterapias: TPE, TCC, TFP, TIPRS, TSI, TAI, TRF, TBM, TBT.	No hacen referencia al siguiente grupo de psicoterapias: TPE, TCC, TFP, TIPRS, TSI, TAI, TRF, TBM, TBT.
Se aplican en población adulta, es decir, con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años.	Se aplican en poblaciones especiales: infancia, adolescencia, vejez o mujeres embarazadas.
Se trata de un ensayo clínico real, es decir llevado a la práctica, no siendo sólo una propuesta de tratamiento.	Se trata de una propuesta de tratamiento donde se detalla el protocolo a seguir pero que no se ha llevado a la práctica.
Su diseño cuenta con un grupo que recibe el tratamiento principal, así como, con un grupo de control (otra psicoterapia, un placebo psicológico, una lista de espera o la no intervención).	Su diseño carece de un grupo de control con el que comparar el tamaño del efecto del tratamiento principal.
La asignación de los individuos a cada grupo de tratamiento (principal y control) se ha hecho de forma aleatoria, lo que garantiza su homogeneidad.	Pese a disponer de grupo de control, la asignación de los individuos a cada grupo no se ha hecho de forma aleatoria, lo que hace que no sean grupos homogéneos.
El tratamiento farmacológico se ha mantenido tanto en grupo experimental como en el de control.	El tratamiento farmacológico no se ha mantenido ni el tratamiento experimental ni el de control, o sólo en uno de ellos.
Los tratamientos disponen de un manual donde se detalla el protocolo de intervención utilizado.	Los tratamientos no disponen de un manual donde se detalla el protocolo de intervención utilizado.
Los estudios están disponibles en inglés o en castellano.	Los estudios no están disponibles en inglés o en castellano.
Son accesibles de forma gratuita en las diferentes bases de datos consultadas.	No se puede acceder a los mismos de forma gratuita (suscripción de pago).

Fuentes de información

Las bases de datos consultadas han sido: Pubmed (Medline) y PsychInfo (acceso a través de la plataforma Proquest de Udimia).

Búsqueda

La estrategia seguida para la localización de los estudios en las BBDD anteriores ha sido utilizar, en los motores de búsqueda de estas, las siguientes palabras clave y criterios de selección:

- Términos para la delimitación del tema:
- Para la terapia: “bipolar disorder” o “bipolar”.

- Para el tratamiento: “psychotherapy” o “psychosocial”.
- Operadores booleanos: AND / OR , el paréntesis “()” y el asterisco “*”
- Criterios para el filtrado de la evidencia:
 - Filtro de tipo de documento: “Controlled Clinical Trial”.
 - Filtro de localización de los términos en el documento: “Abstract”.

Mostramos a continuación el formato de la consulta definitiva, común a ambos buscadores: (“bipolar disorder” OR “bipolar*”) AND (“psychotherapy” OR “psychosocial”).

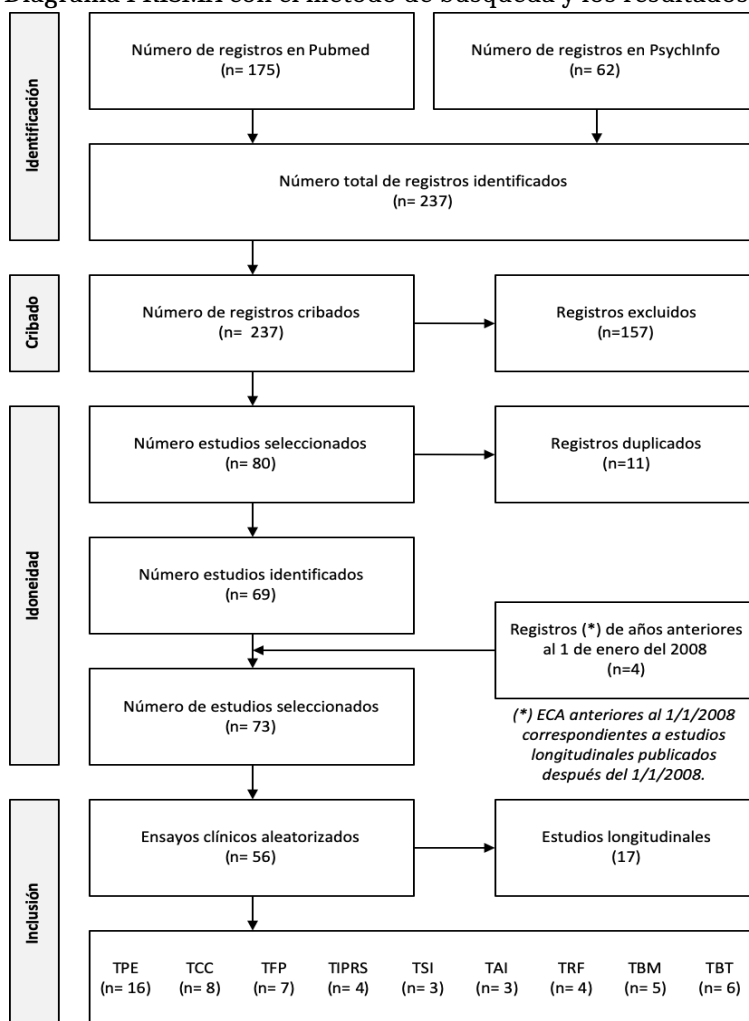
En el caso particular del buscador Pubmed es posible introducir una variación de la consulta anterior que permite no tener que hacer la selección posterior de filtros: (“bipolar disorder”[MeSH Terms] OR “bipolar*”[MeSH Terms]) AND (“psychotherapy”[MeSH Terms] OR “psychosocial” [MeSH Terms])) AND (Controlled Clinical Trial[ptyp] AND hasabstract[text] .

Finalmente, y con los resultados obtenidos, se hizo una lectura del “Resumen” o “Abstract” de cada uno de los estudios con el fin eliminar duplicados y determinar su idoneidad para la revisión, en base al cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión indicados anteriormente.

Selección de publicaciones

Tras la introducción de la síntesis de búsqueda, en ambas bases de datos, se obtuvieron un total de 175 estudios en Pubmed y de 62 estudios en PsychInfo (ver Figura 1). Se trata en todos los casos de estudios basados en ensayos clínicos controlados (ECA), comprendidos entre los años 2008 y 2019, escritos en inglés o en español, y de libre acceso a su contenido.

Figura 1. Diagrama PRISMA con el método de búsqueda y los resultados obtenidos



Sobre la base de los 237 registros localizados, se hizo un segundo filtrado, basado primero en la lectura del “Abstract” o “Resumen” y, posteriormente, en la del estudio completo, con el fin de acotar la búsqueda de acuerdo al cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Tras la aplicación del segundo filtro, el número total de estudios se redujo a 80, de los cuales, 50 provenían de Pubmed y 20 de PsychoInfo. Si consideramos que, de esta cantidad, 11 eran duplicados, el número definitivo de registros únicos identificados fue de 69. A esta cifra hubo que añadir 4 ensayos clínicos publicados con anterioridad al 1/1/2008 que hacían referencia a seguimientos longitudinales sobre el mantenimiento de los efectos obtenidos tras la realización de dichos ensayos. Según

esto, la revisión final se ha realizado sobre un total de 73 estudios, de los cuales, 56 son ECA y los 17 restantes son SL-ECA (seguimientos longitudinales). La distribución por modalidad psicoterapéutica de estos estudios localizados es la siguiente:

- Terapia Psicoeducativa (TPE): 17 estudios (16 son ECA y 1 es SL-ECA).
- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): 12 estudios (8 son ECA y 4 son SL-ECA).
- Terapia Familiar y de Pareja (TFP): 11 estudios (7 son ECA y 4 son SL-ECA).
- Terapia Interpersonal y del Ritmo Social (TIPRS): 6 estudios (4 son ECA y 2 SL-ECA).
- Terapia de Soporte entre Iguales (TSI): 5 estudios (3 son ECA y 2 son SL-ECA).
- Terapia de Asistencia Integral (TAI): 5 estudios (3 son ECA y 2 son SL-ECA).
- Terapia de Rehabilitación Funcional (TRF): 5 estudios (4 son ECA y 1 es SL-ECA).
- Terapia basada en el Mindfulness (TBM): 6 estudios (5 son ECA y 1 es SL-ECA).
- Terapias basadas en el uso de la Tecnología (TBT): 6 estudios (todo ellos son ECA)

RESULTADOS

El análisis de los 73 estudios revisados respalda la eficacia de diversas intervenciones psicoterapéuticas coadyuvantes al tratamiento farmacológico (TAU) en el manejo del trastorno bipolar (TB), en particular durante la fase de mantenimiento. Las terapias psicoeducativa (TPE), cognitivo-conductual (TCC), familiar y de pareja (TFP), interpersonal y del ritmo social (TIPRS), soporte entre iguales (TSI) y atención integral (TAI) han demostrado beneficios significativos en la reducción de síntomas, la adherencia al tratamiento, y la prevención de recaídas (Colom et al., 2009; Scott et al., 2009; Zaretsky et al., 2008; Swartz et al., 2012a, 2012b). Por el contrario, la rehabilitación funcional (TRF), el mindfulness (TBM) y las terapias basadas en tecnología (TBT) aún carecen de evidencia robusta para su recomendación clínica en TB (Pandya, 2019; Proudfoot et al., 2012; Smith et al., 2011).

Eficacia de las Terapias Principales

- Terapia Psicoeducativa (TPE): La TPE, desarrollada a partir del protocolo de Bauer y McBride (2003) y Colom y Vieta (2006), es una de las intervenciones más estudiadas y con mayor evidencia de eficacia en TB. Su aplicación, que varía de 6 a 21 sesiones según el protocolo, mejora la adherencia al tratamiento, reduce la tasa de hospitalización y prolonga los períodos de eutimia (Candini et al., 2013; Eker y Harkin, 2012; Scott et al., 2009). Estudios longitudinales sugieren que sus efectos se mantienen a largo plazo, con beneficios demostrados hasta cinco años después del tratamiento inicial (Colom et al., 2009; Kessing et al., 2013). Además, la TPE se ha mostrado útil en el control tanto de síntomas depresivos como maníacos,

promoviendo un mejor funcionamiento global en los dominios personal, familiar y laboral (Chen et al., 2019).

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Basada en el protocolo de Basco y Rush (1996), la TCC es efectiva en la reducción de síntomas depresivos y en la prevención de recaídas. Las intervenciones de TCC, que suelen abarcar entre 12 y 20 sesiones, han demostrado eficacia en el manejo de síntomas tanto depresivos como maníacos, y sus efectos pueden perdurar hasta cinco años en algunos casos (González-Isasi et al., 2014; Jones et al., 2015; Parikh et al., 2012). La TCC ofrece estrategias prácticas para la identificación y modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, lo cual contribuye a mejorar la funcionalidad social y familiar (Castle et al., 2010; Costa et al., 2011).

- Terapia Familiar y de Pareja (TFP): La TFP, siguiendo el modelo de Miklowitz (2008), ha mostrado ser efectiva en el fortalecimiento de la comunicación familiar y en la reducción del estrés familiar, factores clave para la adherencia y la estabilidad emocional de los pacientes. Los protocolos de TFP incluyen entre 12 y 21 sesiones, y sus beneficios se extienden hasta dos años después de la intervención (Freedman et al., 2015). La TFP no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también es efectiva en la reducción de síntomas depresivos y maníacos (Perlick et al., 2018; Reinares et al., 2010).

- Terapia Interpersonal y del Ritmo Social (TIPRS): La TIPRS, basada en el protocolo de Frank (2005) y adaptada por Swartz (2012) para el TB-II, regula los ciclos de sueño-vigilia y estabiliza los ritmos circadianos, reduciendo así la incidencia de episodios de manía y depresión (Inder et al., 2017; Swartz et al., 2012a, 2012b). La duración de la TIPRS varía entre 12 y 78 sesiones, dependiendo del protocolo, y es efectiva tanto en la fase de mantenimiento como en la reducción de síntomas depresivos durante episodios agudos (Swartz et al., 2018).

- Soporte entre Iguales (TSI): Este enfoque se basa en el apoyo emocional y la experiencia compartida entre personas con TB, y ha mostrado beneficios en la mejora del autocuidado y la adherencia (Morris et al., 2016; Salzer et al., 2016). El TSI, que suele implicar unas 21 sesiones, ofrece un espacio de apoyo donde los pacientes desarrollan habilidades para el manejo de recaídas, lo que fortalece su bienestar emocional y social (Morris et al., 2011).

- Atención Integral (TAI): La TAI, desarrollada según el protocolo de Bauer (2006), combina un enfoque multidisciplinario con un soporte integral para el paciente y sus cuidadores, mejorando así la calidad de vida y reduciendo la necesidad de hospitalización (Bauer et al., 2009; Crowe et al., 2012). Este tratamiento, que puede extenderse hasta tres años, se destaca en la prevención de recaídas tanto en fases depresivas como eufóricas (Fagiolini et al., 2009).

Eficacia limitada de terapias complementarias

Aunque la TRF, TBM y TBT han sido exploradas, su eficacia en el tratamiento del TB aún no cuenta con suficiente respaldo empírico. La TRF muestra algún beneficio en la mejora de la funcionalidad neurocognitiva, pero sus efectos en la reducción de recaídas no son concluyentes (Bonnin et al., 2016; Lahera et al., 2013; Torrent et al., 2013). De manera similar, el mindfulness o TBM ayuda en el manejo del estrés, pero no ha demostrado una prevención efectiva de recaídas (Perich et al., 2013; Pandya, 2019). Las TBT, que incluyen intervenciones en línea y seguimiento remoto, ofrecen accesibilidad, aunque sin pruebas suficientes de eficacia clínica para TB (Hidalgo-Mezzei et al., 2015; Smith et al., 2011).

Duración mínima y efectos a largo plazo

La duración mínima y la periodicidad de las sesiones varían según la terapia y su protocolo específico. En la TPE, por ejemplo, se requieren entre 6 y 21 sesiones para lograr efectos significativos (Colom et al., 2009; Kessing et al., 2013), mientras que la TIPRS puede requerir hasta 78 sesiones en algunos protocolos. Los estudios longitudinales sugieren que estas intervenciones mantienen sus beneficios en el medio y largo plazo, con efectos persistentes hasta cinco años en el caso de la TPE y TCC, y hasta dos años en TFP y TIPRS (Scott et al., 2009; Swartz et al., 2018).

Ámbitos de mejoría funcional

Las terapias revisadas muestran efectos positivos no solo en el ámbito clínico, sino también en la funcionalidad personal, familiar, laboral y social. La TPE mejora la adherencia y ayuda a los pacientes a reconocer señales de recaída, mientras que la TFP contribuye a un mejor entorno familiar, vital para la estabilidad emocional (Fiorillo et al., 2015; Javadpour et al., 2013; Lobban et al., 2009). En el ámbito laboral, la TCC ha mostrado mejorar el rendimiento y reducir el absentismo (Parikh et al., 2012). La TAI, al integrar cuidados multidisciplinarios, favorece la autonomía del paciente y su participación en actividades sociales y vocacionales (Bauer et al., 2009).

Mecanismos de Actuación

Aunque los estudios no siempre identifican los mecanismos específicos de cambio, los protocolos de intervención apuntan a varias estrategias comunes: educación sobre el trastorno, información sobre medicación, monitorización de estados de ánimo, regulación de los ciclos de sueño, identificación de pródromos, y apoyo familiar. Estos componentes son esenciales para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas y prevenir recaídas a largo plazo, maximizando así la eficacia del tratamiento (Basco y Rush, 1996; Colom y Vieta, 2006; Frank, 2005).

DISCUSIÓN

La revisión de 73 estudios (56 ensayos controlados aleatorizados - ECA y 17 estudios longitudinales - SL-ECA) evidencia que las intervenciones psicosociales son efectivas en el tratamiento de trastornos bipolares (TB), especialmente cuando se combinan con farmacoterapia, lo cual es fundamental para la estabilización del trastorno (Craighead et al., 1998; Lam et al., 2009; Merikangas et al., 2007, 2011; Miklowitz y Scott, 2009; Sevillá y Pastor, 2009; Vieta y Gastó, 2017). Este enfoque integrado, respaldado por varios autores (McDonnell et al., 2013; Mueser et al., 2013; Rothbaum y Austin, 2000; Weiss et al., 2007, 2009), incrementa la adherencia a la medicación y disminuye la frecuencia, duración e intensidad de los episodios, así como las recaídas y hospitalizaciones (Benson, 1975; Powell et al., 1977; Shakir et al., 1979; Wulsin et al., 1988).

A pesar de estos beneficios, solo un tercio de los pacientes con TB recibe tratamiento psicológico (Goodwin y Jamison, 1980), lo que subraya la necesidad de identificar terapias efectivas. De las nueve modalidades analizadas, seis (TPE, TCC, TFP, TIPRS, TSI y TAI) cuentan con evidencia suficiente para su uso en la práctica clínica, mientras que las otras tres (TRF, TBM y TBT) aún carecen de respaldo científico sólido. Los tratamientos revisados no solo son eficaces, sino también efectivos en contextos clínicos reales (Becoña y Lorenzo, 2010).

El objetivo principal de esta revisión ha sido confirmar la existencia de evidencia que apoye el uso coadyuvante de diferentes modalidades psicoterapéuticas en el tratamiento del TB. Se valida la hipótesis planteada, demostrando que, además de las intervenciones psicológicas tradicionales (TPE, TCC, TFP), existen otras tres (TIPRS, TSI y TAI) que ofrecen suficiente respaldo para su consideración en pacientes con TB.

No obstante, es crucial tener en cuenta las limitaciones metodológicas de los estudios revisados. Las diferencias en criterios de inclusión, objetivos, grupos de control, estandarización de protocolos y tamaños de muestra, junto con la falta de evaluación de efectos adversos, afectan la replicabilidad y la interpretación de los resultados. Esto sugiere que las inferencias sobre la eficacia de estas terapias son preliminares.

A nivel clínico, los tratamientos psicológicos validados pueden ser utilizados como terapia de mantenimiento en pacientes en fase eutímica. Sin embargo, solo cuatro han demostrado eficacia en fases agudas depresivas, y solo la TAI en fases maníacas (López-Jaramillo et al., 2010; Rosa et al., 2012). La elección de la terapia debe considerar la experiencia del psicoterapeuta, el estado clínico inicial del paciente y su historial de recaídas, así como aspectos como la emocionalidad expresada y las cargas familiares (Colom y Vieta, 2004; Milowitz y Scott, 2009).

CONCLUSIONES

En la última década, se ha acumulado evidencia que respalda el uso de ciertas modalidades de tratamiento psicológico tanto para mantenimiento como para manejo de fases agudas (TCC, TFP, TIPRS, TAI). La combinación de psicoterapias con medicación incrementa significativamente la eficacia, reduciendo la carga global de la enfermedad y la frecuencia de episodios. La eficacia de las terapias se puede atribuir más a los factores comunes compartidos entre ellas que a estrategias específicas. Debido a la naturaleza crónica del TB, se requiere un tratamiento a largo plazo, donde la eficacia aumenta con el número de sesiones y su aplicación temprana. Existen manuales con protocolos de intervención bien establecidos para todas las modalidades psicosociales con evidencia probada, facilitando su implementación en la práctica clínica.

REFERENCIAS

- Chen, R., Zhu, X., Capitão, L.P., Zhang, H., Luo, J., Wang, X., ...Malhi, G.S. (2019). Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized control trial. *Bipolar Disorder*, 21(1), 76-85.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J.M., ...Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for established bipolar disorders: 5-year outcome of a randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260.
- Costa, R.T., Cheniaux, E., Rosaes, P.A., Carvalho, M.R., Freire, R.C., Versiani, M., ...Nardi, A.E. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 33, 144-149.
- Craddock, N. y Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 381(9878), 1654-1662. doi:10.1016/S0140-6736(13)60855-7
- Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, A., ...Joyce, P. (2012). Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 446-454.
- Cuhadar, D. y Cam, M.O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 62-66.
- D'Souza, R., Piskulic, D., y Sundram, S. (2010). A brief dyadic group-based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 272-276.
- De Barros, K.O., Costa, L.F., Silval, K.I.D., Dias, V.V., Roso, M.C., Bandeira, ...Moreno, R.A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 153-158.
- Deckersbach, T., Nierenberg, A.A., Kessler, R., Lund, H.G., Ametrano, R.M., Sachs, G., ...Dougherty, D. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 16(5), 298-307.

Depp, C.A., Ceglowski, J., Wang, V.C., Yaghoui, F., Mausbach, B.T., Thompson, W.K., y Granholm, E.L. (2015). Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 174*, 23-30.

Eker, F. y Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 138*(3), 409-416.

Fagiolini, A., Frank, E., Axelson, D.A., Birmaher, B., Cheng, Y., Curet, D.E., Friedman, E.S., ...Kupfer, D.J. (2009). Enhancing outcomes in patients with bipolar disorder: Results from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians Study. *Bipolar Disorder, 11*(4), 382-390.

Faria, A.D., de Mattos, L.D., de Azevedo, T., Pinheiro, K.A., Pinheiro, R.T., da Silva, R.A., y Jansen, K. (2014). The influence of psychoeducation on regulating biological rhythm in a sample of patients with bipolar II disorder: A randomized clinical trial. *Psychology Research and Behavior Management, 7*, 167-174.

Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., ...Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders, 172*, 291-292.

Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., Sbordone, D., Catapano, F., ...Maj, M. (2016). Feasibility of a psychoeducational family intervention for people with bipolar I disorder and their relatives: Results from an Italian real-world multicenter. *Journal of Affective Disorders, 190*, 657-662.

Gordillo, R., Muñoz, L., López, E., Jiménez, M.D., Martín, P., Romero, A., Sánchez, V., Guijarro, T., y Burgos, R. (2010). Trastorno bipolar en la infancia de causa orgánica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 27*(3), 246-253. Recuperado de <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/150>

Pandya, S.P. (2019). Meditation for treating adults with bipolar disorder II: A multi-city study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*(2), 252-261. doi:10.1002/cpp.2347

CAPÍTULO 24

USO DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA INTERVENIR Y REDUCIR LAS ACTITUDES SEXISTAS HACIA MUJERES ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS EN ENTORNOS TECNOLÓGICOS

GRACIA CRISTINA VILLODRES*, ROCÍO VIZCAÍNO CUENCA*,
FEDERICO SALVADOR PÉREZ**, Y MARIELA BUSTOS ORTEGA***
**Universidad de Granada; **Universidad Internacional de La Rioja;
***Universidad de Burgos*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los videojuegos se han consolidado como una de las principales propuestas de entretenimiento en nuestra sociedad (Asociación Española de Videojuegos [AEVI], 2024; Entertainment Software Association [ESA], 2022; Europe's Video Games Industry [ISFE], 2021), ejerciendo también un papel muy relevante en la transmisión de valores. No obstante, los videojuegos pueden favorecer la perpetuación de prejuicios y estereotipos de género al tratarse de un ambiente masculinizado, en el que tradicionalmente la mujer no ha tenido un papel activo, ni como jugadora ni como trabajadora de la industria (Amores, 2023). En consecuencia, los entornos de videojuegos online se han convertido en espacios hostiles donde el sexismo se mantiene presente (Fox et al., 2015; Good et al., 2019). Precisamente, en la actualidad se visibilizan numerosos casos de acoso y hostilidad cometidos por jugadores masculinos ante la presencia femenina en contextos online, lo que hace imprescindible analizar la situación de las mujeres en este entorno cada vez más popularizado.

En este sentido, los datos publicados por la Asociación Internacional de Desarrolladores/as de Videojuegos (IGDA, 2016) indican que solamente el 24.5% de integrantes de la industria eran mujeres, reflejando que los prejuicios de género siguen presentes y que en las únicas áreas en las que la presencia femenina supera a la masculina son las relacionadas con el arte. No obstante, existe actualmente un “espejismo de la igualdad” derivado de la presencia de personajes femeninos en numerosos videojuegos y, sobre todo, por la visibilización, denuncias y protestas llevadas a cabo en redes sociales por numerosos movimientos feministas (Amores, 2018). Además, no solo esta brecha de género está presente en los videojuegos, sino que también en numerosas actividades económicas y ocupaciones: los hombres dominan áreas estratégicas como la educación, la investigación o el empleo relacionado con las tecnologías de la información (TIC), según indican los datos

proporcionados por la OCDE (2017). Por ejemplo, no hay que confundir el incremento del número de mujeres en el uso de las TIC con su presencia en ellas, dado que en los países de la OCDE las mujeres no superan el 25% en posiciones de poder o en categorías como especialistas o avanzadas. Apoyando estas cifras, también entre los profesionales de la informática, el porcentaje de mujeres se estanca o decrece. Estos datos sugieren que el mundo de la tecnología es un entorno masculinizado, mientras que las mujeres parecen afectadas por esta denominada brecha digital de género (Castaño, 2008), relativa a la disparidad entre la participación creciente de las mujeres en los estudios universitarios, la investigación y el empleo y su presencia estancada o decreciente en estos mismos ámbitos cuando se trata de informática e ingenierías relacionadas con las TIC.

Concretando en el ámbito de los videojuegos, en España un porcentaje elevado de gamers son mujeres, alcanzando el 49% durante 2023 con un total de 9.73 millones de jugadoras (AEVI, 2024). Según el informe de Unicef España sobre el impacto de la tecnología en la adolescencia, un 58.7% de los/as jóvenes de entre 11 y 18 años juega habitualmente a videojuegos, siendo alrededor de un 30% los que juegan a diario. Sin embargo, la prevalencia aumenta cuando disminuye el tramo de edad. Según el Anuario del año 2022 sobre la Industria del Videojuego en España realizado por la AEVI (2023), un 79% de niños/as de entre 6 y 11 años juegan a videojuegos actualmente en España, siendo el sector de edad que más los consumen. Además, también existen diferencias evidentes en cuanto al género: el 29.9% de las chicas frente al 86.5% de los chicos recurren a los videojuegos como entretenimiento habitual entre los 11 y los 18 años de edad. Estas diferencias también están presentes a nivel andaluz, en el que según un estudio realizado por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía (2019), un 42.6% de chicos de entre 12 y 13 años juegan diariamente a videojuegos online, mientras que un 13.9% de chicas de esa misma edad son las que lo hacen. En la franja de edad que supera los 18 años, 5.9 millones de jugadoras juegan habitualmente con una frecuencia semanal, mientras que en el caso de los hombres es de un total de 8.2 millones, reflejándose una tendencia de horas invertidas en jugar mucho menor en las jugadoras (AEVI, 2023). Sin embargo, a nivel global, esta brecha se reduce dado que un alto porcentaje de jugadores son mujeres (46%), lo que se traduce en más de un billón de jugadoras, con un crecimiento de un 19% en los últimos años (Newzoo, 2022). En el caso de las jugadoras online y profesionales encontramos nuevamente una brecha: a nivel mundial un 82% de jugadores de esports son hombres, un 81% lo es a nivel español y tan solo un 5% de los jugadores profesionales son mujeres (Newzoo, 2017). Lo mismo ocurre dentro de la industria: solo el 11% de diseñadores y el 3% de programadores eran mujeres (Amores, 2018). Esta creciente incursión de las mujeres en el mundo virtual se traduce en más mujeres gamers, más profesionales

del sector y más trabajadoras en una industria, la de los videojuegos, dominada esencialmente por hombres, cuya cultura no siempre es sinónimo de un espacio acogedor para ellas (Shaw, 2010). De hecho, a pesar de querer sentirse integradas en este entorno, encuentran el rechazo de una comunidad que sigue percibiéndolas como “extrañas” y les otorga un rol secundario y prescindible (Ruvalcaba et al., 2018). En consecuencia, en este ámbito prevalece la ocurrencia de comportamientos sexistas (Tang et al., 2020). Matthew (2012) encontró que un 63% de las jugadoras entrevistadas expresaron haber sufrido acoso alguna vez mientras jugaban, llegando incluso un 35.8% de ellas a abandonar temporalmente los videojuegos debido a estos incidentes sexistas. En esta línea, un estudio reciente llevado a cabo por la compañía Reach3 Insights (2021) con 900 jugadoras de Estados Unidos, Alemania y China, reveló que un 65% de ellas ha sufrido alguna vez actitudes y comentarios sexistas en los que se las menospreciaba alegando que son “menos gamers” por el hecho de ser mujeres.

Por todo ello, es importante señalar e investigar en profundidad de cuáles son y cómo se manifiestan las actitudes sexistas hacia las mujeres en el contexto de los videojuegos. Para ello, se ha llevado a cabo el desarrollo de una escala de 8 ítems (SAWGS; Bustos-Ortega et al., 2023) que mide específicamente el “sexismo contra las mujeres gamers”. Esta escala cubre diferentes áreas de contenido que definen el constructo: actitudes de minimización de la situación sexista, infravaloración de las habilidades de las mujeres y su interés en los videojuegos, culpabilización de la mujer gamer y rechazo de planteamientos igualitarios en la comunidad gamer. Nuestra escala SAWGS ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, invarianza y validez externa, tanto en sus versiones en español como en inglés, siendo traducida y recientemente adaptada también en población gamer alemana con resultados similares. Además, de acuerdo con los datos obtenidos en esos primeros cinco estudios de desarrollo de la escala, se han realizado un total de diez estudios en los que se han analizado la relación entre la adhesión a las actitudes sexistas contra las mujeres gamers y la percepción de incidentes sexistas en el contexto de los videojuegos online. Tal objetivo se centró en estudiar cómo estas actitudes sexistas pueden desempeñar un rol importante a la hora de juzgar los incidentes (i.e., función cognitiva de las actitudes) y pueden actuar como precursoras de los propios comportamientos sexistas (i.e., función comportamental de las actitudes) a partir de la manipulación experimental de ciertas variables situacionales relevantes de los incidentes sexistas. En esta línea, el sexismo contra las mujeres gamers moderaba la relación entre las variables manipuladas experimentalmente (i.e. adhesión al feminismo, acciones colectivas por la igualdad de género, etc.) y la percepción de incidentes sexistas en el contexto de videojuegos online. Posteriormente, se confirmó también el papel predictor de las actitudes sexistas

contra las mujeres gamers en la proclividad a ejercer comportamientos sexistas por parte de jugadores masculinos en un contexto de videojuegos online.

Una vez disponemos de este instrumento para medir específicamente las actitudes sexistas hacia las mujeres gamers, en el proyecto que ahora presentamos pretendemos analizar en qué medida estas actitudes están relacionadas con el bienestar psicológico de las jugadoras, es decir, conocer las posibles funciones afectivas de estas actitudes. En este sentido, se corroborarían los hallazgos clásicos de la literatura offline correspondiente a la aceptación de mitos sobre la violencia sexual (e.g., a nivel afectivo, esa aceptación de mitos amortiguaría la percepción de amenaza de sufrir una agresión sexual, permitiendo mantener altos niveles de su autoestima; Bohner et al., 2009; Bohner et al., 2022), aplicándolos y conceptualizándolos de forma análoga a las actitudes sexistas contra las mujeres gamers. Las mujeres que rechazan dichos mitos sí pueden tener mayores efectos negativos en su autoestima por sentirse más vulnerables a experimentar ese tipo de agresiones. Teniendo en cuenta que el sexismo contra las mujeres gamers puede actuar de predictor de los comportamientos sexistas que sufren habitualmente las jugadoras (Bustos-Ortega et al., 2023), sería preciso analizar la posible influencia de un comportamiento sexista cuya información es saliente en el bienestar emocional de las jugadoras.

Tras ello, esta información sería útil para posteriormente llevar a cabo un programa de prevención o modificación de actitudes sexistas, concienciando sobre la desigualdad de género y sobre la relevancia y gravedad del sexismo presente en el ámbito de los videojuegos. Esta intervención se llevaría a cabo a través de nuevas herramientas tecnológicas que permiten una experiencia inmersiva y realista en las que poder generar situaciones específicas de discriminación sexista en entornos online, como es el uso de la realidad virtual (VR).

Objetivos

OE1: Analizar la relación entre las actitudes sexistas contra las mujeres gamers (SAWGS) y el bienestar emocional de las jugadoras tras ser víctimas de comportamientos sexistas en videojuegos online en nuestro país.

OE2: Analizar la influencia de un comportamiento sexista cuya información es saliente en el bienestar emocional de las jugadoras.

OE3: Reducir las actitudes sexistas contra las jugadoras en videojuegos online a través de una intervención basada en realidad virtual.

Hipótesis

Nuestras hipótesis de partida son las siguientes: (a) Las mujeres gamers con mayores puntuaciones en SAWGS que hayan sufrido comportamientos sexistas mientras jugaban online tendrán un mayor nivel de autoestima y menores niveles de

depresión y ansiedad; (b) esperamos que las jugadoras expuestas a información saliente sobre una situación sexista producida durante una partida de videojuegos online sufrirán un mayor impacto negativo en su bienestar emocional (mayor depresión y mayor ansiedad) y en su autoestima; (c) además, esperamos que estas actitudes actúen como moderadoras especialmente en dichas situaciones. En concreto, el impacto negativo de la saliencia de una situación sexista será mayor para aquellas jugadoras con menores puntuaciones en SAWGS (vs. altas puntuaciones).

MÉTODO

Estudio 1

Se pretende investigar la función afectiva de las actitudes sexistas ocurridas en un entorno online, como el que experimentan las mujeres mientras juegan.

Participantes

En total 300 jugadoras habituales de videojuegos de sexo femenino, reclutadas de forma online a través de redes sociales (e.g., Twitter y grupos de gamers en Facebook) y foros especializados en videojuegos (e.g., Reddit y foros de revistas de videojuegos).

Diseño y Procedimiento

Estudio de carácter exploratorio en el que se utilizará un diseño no experimental mediante administración online de cuestionarios a través de la plataforma Qualtrics Version XM (2020).

Materiales e Instrumentos

(1) Frecuencia de uso de videojuegos e identificación gamer (e.g., AEVI, 2020; DeCamp, 2017; Ewell et al., 2018), (2) Listado de comportamientos sexistas a partir del análisis cualitativo sobre experiencias sexistas de jugadoras en videojuegos online de McLean y Griffiths (2018), (3) Escala de Escala de Deseabilidad Social (SDS; Crowne y Marlowe, 1960; Ferrando y Chico, 2000), (4) Escala de Sexismo contra las Mujeres Gamers (SAWGS; Bustos-Ortega et al., 2023), (5) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD-Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond y Snaith, 1983), (6) Individual state self-esteem (SSES; Heatherton y Polivy, 1991).

Estudio 2

Se pretende estudiar el impacto negativo de la saliencia de una situación sexista en el bienestar emocional de las jugadoras.

Participantes

La muestra estará compuesta por 500 jugadoras habituales de videojuegos, reclutada de la misma forma que se describe en el Estudio 1.

Diseño

Se utilizará un diseño experimental mediante administración online de cuestionarios a través de la plataforma Qualtrics Version XM (2020). Se empleará como variable independiente de manipulación directa la saliencia de una situación sexista ocurrida durante una partida online (vs. captura de pantalla sobre noticia neutral de videojuegos vs. información sobre un problema de salud de la jugadora). Como variable dependiente se analizará la reactividad emocional y la autoestima. En los análisis posteriores se tendrá también en cuenta el papel moderador del sexismo contra las mujeres gamers.

Materiales e Instrumentos

(1) Frecuencia de uso de videojuegos e identificación gamer (e.g., AEVI, 2020; DeCamp, 2017; Ewell et al., 2018), (2) Listado de comportamientos sexistas a partir del análisis cualitativo sobre experiencias sexistas de jugadoras en videojuegos online de McLean y Griffiths (2018), (3) Escala de Escala de Deseabilidad Social (SDS; Crowne y Marlowe, 1960; Ferrando y Chico, 2000), (4) Escala de Sexismo contra las Mujeres Gamers (SAWGS; Bustos-Ortega et al., 2023), (5) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD-Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond y Snaith, 1983), (6) Individual state self-esteem (SSES; Heatherton y Polivy, 1991).

Estudio 3

Se pretende reducir las actitudes sexistas contra las jugadoras en videojuegos online a través de una intervención basada en realidad virtual.

La tecnología de realidad virtual (VR) ofrece una oportunidad única para simular entornos de videojuegos online y analizar los comportamientos de jugadores/as en un entorno controlado, pero con la diferencia de ser potencialmente más realista e inmersivo que los medios de investigación tradicionales. En este sentido, recientes estudios han demostrado que utilizar la realidad virtual puede aumentar la sensación de presencia e inmersión en el entorno virtual por parte de los participantes (Pallavicini et al., 2019).

Esta tecnología permitiría la recopilación de datos en tiempo real, un factor que también facilitaría la monitorización y la evaluación del comportamiento de los jugadores. Por ejemplo, sería posible la simulación de interacciones, escenarios y situaciones ocurridas habitualmente en videojuegos online que podrían ser inverosímiles o imposibles de reproducir en el mundo real, como el acoso,

comportamientos discriminatorios y actitudes sexistas producidas en partidas de videojuegos online.

Pese a que la realización de estudios empíricos a través de esta tecnología es aún escasa, el uso de este tipo de dispositivos de realidad virtual ha comenzado a revolucionar la forma en que habitualmente se juega e interactúa en entornos online. Es por ello por lo que, tanto en el ámbito de la intervención como en el ámbito de la investigación, esta herramienta permitiría identificar con mayor precisión las situaciones de sexismo sufridas por las jugadoras y ayudaría a analizar el comportamiento de los jugadores de manera más precisa y realista. Además, en la práctica, el uso de estas innovaciones tecnológicas también permitiría examinar la experiencia individual del/la participante como otros efectos en el contexto social, dar la oportunidad de conocer ampliamente las herramientas tecnológicas disponibles en el laboratorio, así como realizar proyectos de investigación interdisciplinarios (en apoyo con la psicología social, la neurociencia o la comunicación). En este sentido, el diseño de un programa de intervención psicoeducativo para reducir el sexismo en videojuegos online incluiría actividades como las siguientes:

Participantes

La población objetivo estará integrada por participantes hombres mayores de edad que jueguen a videojuegos online habitualmente.

Diseño

El programa de intervención se organizará en un total de 8 semanas con las siguientes fases:

Evaluación inicial

Se administrará la escala SAWGS (Bustos-Ortega et al., 2023) para evaluar las actitudes sexistas contra las mujeres gamers y así establecer una línea base.

Sesiones de intervención (6 semanas)

Se realizarán un total de dos sesiones por semana de una hora de duración.

Sesiones de Realidad Virtual: Se emplearán escenarios de VR donde los participantes masculinos experimentarán situaciones de juego desde la perspectiva de una jugadora, diseñados para mostrar el impacto del sexismo en la experiencia de juego y simulando ser víctimas de discriminación sexista en un entorno de videojuegos online:

- Videojuego de rol (i.e., MMORPG): los jugadores serán asignados de forma aleatoria a diferentes personajes, incluyendo roles de víctimas y perpetradores de comportamientos y actitudes sexistas, aprendiendo a reconocer e interactuar en estas

situaciones de manera adecuada y asertiva. Debido a que los hombres perpetradores tienen diferentes patrones de reactividad fisiológica en situaciones de conflicto (Pinto et al., 2010), para evaluar las posibles diferencias en las respuestas relacionadas con el estrés, se registrará y se analizará la desaceleración de la frecuencia cardíaca (HRD) (Seinfeld, 2022).

- Simulación de un chat durante un videojuego multijugador (i.e., MMO): este diseño permitirá experimentar a los jugadores cómo se sienten al ser discriminados o al discriminar a otras mujeres por razones basadas en el género. Los jugadores podrán elegir cómo reaccionar ante las situaciones presentadas y, en función de sus elecciones, se les informará sobre las interacciones sexistas más frecuentes y se les proporcionará herramientas para manejar este tipo de situaciones.

- Videojuego de drama interactivo/acción gráfica: este diseño simularía una partida en la que los jugadores deberán tomar decisiones en cuanto a cómo tratar a otro jugador en función de su género. De esta forma, los jugadores podrán experimentar las consecuencias de sus decisiones y tomar conciencia de la desigualdad de género habitualmente normalizada en este ámbito.

- Videojuego educativo: este diseño tendría el objetivo de promover la igualdad de género y la empatía durante una partida en la que se podrá interactuar con otros/as jugadores/as. Además, se favorecerá el uso de las normas y recursos que protegen a las jugadoras cuando son víctimas de discriminación, así como aprender a intervenir y denunciar actitudes y comportamientos sexistas en ese entorno.

En función del videojuego empleado y con el fin de evaluar el impacto de la experiencia de VR en las habilidades de reconocimiento de emociones, se administrará a los participantes una prueba de reconocimiento de emociones, previa y posteriormente a la VR (FBCT; e.g., Gelder et al., 2014). Una vez finalizada la sesión, se evaluarán las actitudes y percepciones de los participantes ante diferentes aspectos de la experiencia de VR a la que han sido expuestos (VR Questionnaire; Seinfeld et al., 2018; Seinfeld et al., 2022). Para finalizar, los participantes se reunirían en grupos de discusión guiados por un/una moderador/a en los que se abordarán reflexiones sobre el comportamiento llevado a cabo y estrategias para reducir el sexismo en este entorno.

Talleres de educación y sensibilización ante el sexismo. Se llevarán a cabo dos talleres durante el programa, uno al inicio del mismo y otro a la mitad de las sesiones en los que se abordarán los siguientes temas:

- Educación sobre igualdad de género e impacto del sexismo en los videojuegos: se proporcionaría información sobre la discriminación sexista y cómo afecta habitualmente a las jugadoras.

- Sensibilización sobre actitudes y comportamientos sexistas: se utilizarían ejemplos específicos y diversos testimonios de jugadoras en los que relaten experiencias sufridas mientras jugaban y sus posibles consecuencias, con el fin de ayudar a los participantes a identificar y comprender este tipo de actitudes y comportamientos.

Seguimiento y evaluación del programa de intervención

Se valorará el impacto del programa a través de entrevistas y cuestionarios para medir cambios en las actitudes sexistas por parte de los participantes durante la última sesión (utilizando el instrumento para medir específicamente las actitudes sexistas hacia las mujeres gamers también al finalizar el programa: SAWGS; Bustos-Ortega et al., 2023), además de otras variables de interés como el bienestar psicológico o la empatía hacia las víctimas de este tipo de discriminación. También se evaluará el sesgo de respuesta utilizando la escala de Deseabilidad Social (Crowne y Marlowe, 1960; Ferrando y Chico, 2000) y el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI; Albéniz et al., 2003) previamente a la exposición a la VR.

- Espacio de discusión y reflexión: a través de entrevistas semiestructuradas se informarán a los participantes sobre la experiencia de realidad virtual a la que han sido expuestos. Además, se proporcionará un espacio seguro para que los participantes discutan sobre sus experiencias, reflexionen sobre cómo se han sentido y cómo podrían actuar ante situaciones similares en el mundo no virtual.

- Seguimiento a los participantes a los 3 y 6 meses post-intervención para evaluar los cambios detectados en las actitudes.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que la intervención mediante realidad virtual logre una disminución en las actitudes sexistas hacia las mujeres en entornos de videojuegos online. Al exponer a los participantes a escenarios donde experimentan situaciones de discriminación sexista desde la perspectiva de una jugadora, se anticipa que los hombres mostrarán una reducción en las puntuaciones de la escala de Sexismo contra las Mujeres Gamers (SAWGS) tras la intervención. Esta experiencia inmersiva también podría tener un impacto positivo en los niveles de empatía, ya que se espera que los participantes comprendan mejor las experiencias de las jugadoras y desarrollen una mayor capacidad para ponerse en su lugar. Este incremento en la empatía se evaluará mediante el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), y se prevé que esta empatía añadida fomente una postura más activa y crítica ante comportamientos sexistas en los videojuegos.

Asimismo, se anticipa que esta intervención en realidad virtual ayudará a mejorar la capacidad de los jugadores para identificar y reconocer actitudes sexistas en estos entornos. A través de los talleres de sensibilización y las simulaciones en VR, los participantes podrán adoptar una perspectiva crítica y reflexiva frente a las conductas discriminatorias. Esta intervención también podría contribuir, de forma indirecta, al bienestar psicológico de las mujeres en las comunidades de videojuegos online, ya que una disminución en las actitudes sexistas podría llevar a un entorno más inclusivo y respetuoso, reduciendo la frecuencia de comportamientos discriminatorios que afectan a las jugadoras.

CONCLUSIONES

La realidad virtual representa una herramienta prometedora en el ámbito de la intervención social para combatir actitudes sexistas en entornos de videojuegos. A través de una experiencia inmersiva y empática, esta tecnología permite que los participantes vivencien situaciones desde la perspectiva de las jugadoras, lo cual puede resultar en cambios significativos en la percepción y el comportamiento hacia ellas. Los resultados esperados de esta intervención apuntan no solo a una reducción en las actitudes sexistas, sino también a un aumento de la empatía y la conciencia sobre la desigualdad de género en los videojuegos online. Estos hallazgos apoyarían la implementación de programas de intervención basados en VR en otros contextos tecnológicos y educativos, promoviendo así espacios de interacción más seguros y respetuosos para todos.

REFERENCIAS

Fox, J., Cruz, C., y Lee, J.Y. (2015). Perpetuating online sexism offline: Anonymity, interactivity, and the effects of sexist hashtags on social media. *Computers in Human Behavior*, 52, 436–442. doi:10.1016/j.chb.2015.06.024

Good, J.J., Woodzicka, J.A., Bourne, K.A., y Moss-Racusin, C.A. (2019). The decision to act: Factors that predict women's and men's decisions to confront sexism. En R.K. Mallett y M.J. Monteith (Eds.), *Confronting Prejudice and Discrimination* (pp. 49–71). Elsevier Academic Press.

Matthew, E. (2012, 6 de septiembre). *Sexism in video games: There is sexism in gaming* [Study]. Price Charting. Recuperado de <http://blog.pricecharting.com/2012/09/emilyami-sexism-in-video-games-study.html>

Ruvalcaba, O., Shulze, J., Kim, A., Berzenski, S., y Otten, M. (2018). Women's experiences in eSports: Gendered differences in peer and spectator feedback during competitive video game play. *Journal of Sport and Social Issues*, 42(4), 295–311. doi:10.1177/0193723518773287

Tang, W.Y., Reer, F., y Quandt, T. (2020). Investigating sexual harassment in online video games: How personality and context factors are related to toxic sexual behaviors against fellow players. *Aggressive Behavior*, 46(1), 127–135. doi:10.1002/ab.21873

CAPÍTULO 25

AGEING IN PLACE: ESTUDIO DE LOS FACTORES PROTECTORES Y PREDICTORES DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN PERSONAS MAYORES

SARA GORDO*, RICARDO POCINHO*, RUI SANTOS*, CRISTÓVÃO MARGARIDO*, MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ**, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ**, ÁNGELA TEJERA ALONSO**, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS**, Y SILVIA SILVA*

**Instituto Politécnico de Leiria; **Universidad Rey Juan Carlos*

INTRODUCCIÓN

Los datos de PORDATA (2022) indican que Portugal es el cuarto país del mundo con más personas de 65 años o más, lo que representa casi el 25% de la población portuguesa en este grupo de edad.

Paralelamente al crecimiento del número de personas mayores, hemos visto un aumento en el número de personas frágiles y dependientes de otros, aumentando en consecuencia la demanda de la opción de institucionalización (Pocinho, 2022).

La representación y comprensión del concepto de envejecimiento siempre se relacionó con el contexto social, cultural, político y de salud. Los primeros abordajes a este concepto remontan a las representaciones elaboradas en torno de la experiencia del envejecer, como la muerte y la longevidad, que conducirán a la formación y desarrollo de la importancia del envejecimiento saludable y exitoso, trascendiendo la enfermedad y el tratamiento, y dando especial atención a el mantenimiento de la independencia, y a la calidad de vida de la persona mayor (Freitas et al., 2002; Sequeira, 2015).

Al parecer los estudios sobre el envejecimiento tienen venido a preocuparse con estas dúas realidades, por una parte, la promoción de un envejecimiento normal y sano, y por otra parte la prevención e intervención en el envejecimiento patológico y senil (Chalise, 2023; Carrillo-Casanova et al., 2004; Dixon, 2021)

Algunos autores indican por una parte un conjunto de características inherentes al proceso de envejecimiento responsables por un envejecimiento normal, bien-sucedido con calidad de vida, bien-estar, satisfacción con la vida y con capacidad funcional (Paúl y Fonseca, 2005; Sequeira, 2015), como los hábitos y los estilos de vida, la alimentación, la práctica de ejercicio físico, la perpetuación de redes sociales, la perseveración de las funciones cognitivas/ejecutivas, la promoción de actividades lúdicas, pedagógicas, artísticas y expresivas y el mantenimiento de la autonomía e independencia en realizar las actividades cotidianas.

Por otra parte, otros autores indican que las principales indicadores responsables por un envejecimiento patológico son el hecho de tener una elevada prevalencia e incidencia de comorbilidades clínicas, tener edad avanzada, no tener compañero, ser del género femenino, vive solo o aislado, tener historial de caídas, o consumir un elevado número de medicamentos, que muchas veces precipita la institucionalización (Cohen-Mansfield y Wirtz, 2007; Gobbens et al., 2010; Luppá et al., 2012; Okura et al., 2010).

El concepto de institucionalización asociado al envejecimiento es definido como la entrega de la persona mayor a una institución, durante todo lo día o parte de este en que son providenciados un conjunto de servicios de apoyo y acompañamiento (Jacob, 2012).

El tipo de institucionalización depende de los servicios procurados por la persona mayor o su red socio/familiar. Según la Direção-Geral da Segurança Social da Família e da Criança (2013) las respuestas sociales reconocidas en Portugal para personas mayores son: i) Centro de Convivio definido como una respuesta social parcial, caracterizada por el apoyo en actividades socio recreativas y culturales; ii) Centro de Día definido como respuesta social parcial, que consiste en la prestación de un conjunto de servicios que contribuyen para el mantenimiento de las personas mayores en su medio socio/familiar; iii) Servicio de Apoyo Domiciliario definido como una respuesta social parcial que consiste en la prestación de cuidados individualizados y personalizados en el domicilio, a individuos y familias cuando, por motivo de enfermedad, deficiencia, vejez u otro impedimento, no puedan asegurar, temporaria o permanentemente, la satisfacción de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona mayor; iv) Centro de Noche definido como una respuesta social parcial desarrollada a partir de una estructura ya existente, dirigida a personas mayores con autonomía que realizan sus Actividades de la vida diaria en el domicilio, pero que durante la noche por motivos de aislamiento, necesitan de alguno soporte o acompañamiento; v) Centro de Recepción Temporario de Emergencia para Personas mayores definida como una respuesta social parcial, que consiste en la recepción temporaria de personas mayores en situación de emergencia social a partir de una estructura ya existente. vi) Recepción Familiar de Personas mayores respuesta social parcial o total que consiste en la integración, temporaria o permanente de familias o personas mayores; vii) Estructuras residenciales/Hogares caracterizados como una respuesta social total, en que son desarrolladas actividades de apoyo social a través de alojamiento colectivo, de utilización temporaria o permanente, fornecimiento de alimentación, cuidados de salud, higiene, confort y ocupación de los tiempos libres; y viii) Residencias Geriátricas definidas como una respuesta social total constituidas por apartamentos con servicios de utilización común;

Sin embargo, las personas mayores residentes en su domicilio su considerados como no-institucionalizados, las que residen en su domicilio, pero con apoyo o acompañamiento parcial de una institución (centro de convivio, centro de día, centro de noche y apoyo domiciliario) son definimos como semi-institucionalizados, y los mayores institucionalizados residentes en una institución (hogares o residencias geriátricas) son considerados institucionalizados.

No obstante, si por una parte la institucionalización puede ser accionada voluntariamente, mayor parte de las veces la institucionalización es sugerida o impuesta por familiares y forzada al individuo (Botelho, 2000; Pimentel, 2001). Y si bien puede considerarse un espacio de protección, seguridad y acompañamiento, para personas en situación de aislamiento y soledad, algunos estudios indican que, asociado al proceso de institucionalización pueden surgir sentimientos y pensamientos negativos de inutilidad, pérdida de control y desespero, por lo que es necesario integrar la persona mayor de forma a tener una adaptación bien-sucedida (Dixe et al., 2023; Wang et al., 2018).

En este contexto, es necesario repensar los paradigmas asociados a la prestación de cuidados, optando por mantener a la persona en casa, el denominado Ageing In Place, que incluye la capacidad de la persona mayor de adaptarse a sus necesidades y limitaciones, para envejecer dentro de su comunidad.

Distintos autores sostienen que los más viejos deberían poder vivir de forma autónoma e independiente, si cuentan con condiciones adecuadas de salud, condiciones de habitación, espacios inclusivos, medios de transporte eficaces y apoyo sociofamiliar (Fonseca, 2021; Moreira, 2020; World Health Organization, 2018). En este sentido, es de extrema importancia identificar cuáles son los factores protectores y de riesgo que contribuyen al envejecimiento activo y saludable, con calidad de vida y bienestar en las, con el fin de desarrollar mecanismos preventivos que permitan evitar y/o retrasar institucionalización de las personas mayores.

METODOLOGÍA

Para desarrollar este estudio se realizó una revisión bibliográfica de la literatura, metodología recomendada para abordar y discutir el estado del arte sobre determinados conocimientos. La pregunta de investigación fue: “¿Cuáles son los factores predictores y protectores de la institucionalización en personas mayores?”.

La metodología se llevó a cabo siguiendo algunos pasos como: Paso 1. Identificación del tema de investigación; Paso 2: Establecimiento de objetivos claros de investigación; Paso 3. Definir los criterios de inclusión y exclusión de los estudios a elegir; Paso 4. Definición de palabras clave; Paso 5. Realizar una búsqueda exhaustiva de literatura en diferentes fuentes; Paso 6. Selección de la información/artículos y autores más relevantes; Paso 7. Evaluar la calidad de los

estudios seleccionados; Paso 8. Síntesis de información relevante y científicamente validada; Paso 9. Organización de la información; y Paso 10. Escrita de la reseña literaria.

Esta revisión de la literatura se realizó de acuerdo con Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) y se utilizaron las bases de datos electrónicas Web of Science, MEDLINE (vía Pubmed) y del Repositorio Científico Portugués de Acceso Abierto (RCAAP). La estrategia de búsqueda abarcó artículos con texto completo publicados sin español, portugués e inglés entre los años 2000 e 2024.

Se consideraron estudios cuantitativos y cualitativos, revisiones de literatura y disertaciones. Las palabras clave utilizadas fueron: Ageing in Place; Envejecer en el lugar; Personas mayores; Institucionalización; Factores protectores y de riesgo para la institucionalización.

RESULTADOS

La institucionalización es una temática en debate en la actualidad reuniendo opiniones contradictorias entre los autores. Algunos autores apuntan para la no institucionalización defendiendo que el individuo debe permanecer en su domicilio por el mayor tiempo posible, disfrutando de sus rutinas y su espacio, de forma autónoma e independiente (Conceição; 2012; Dixe et al., 2023; Fonseca, 2021). Sin embargo, la procura de instituciones por parte de la persona mayor o sus familiares tiene aumentado en los últimos años, siendo notable el creciente número personas institucionalizados parcial y/o totalmente (Ferreira, 2013; Fonseca, 2021; Luppá et al., 2010; Sequeira, 2015).

Estudios indican que los mayores institucionalizados son en su mayoría más viejos, del sexo femenino, con baja escolarización, viudos, con elevado número de comorbilidades clínicas y con deterioro de las funciones cognitivas y funcionales cuando comparados con los mayores no-institucionalizados (Araújo y Ceolim, 2007; Friedman et al., 2005; Pocinho, 2022). Además, estudios indican que el hecho de estar semi-institucionalizado en centros de día o servicio de apoyo domiciliario predispone los mayores a una mayor vulnerabilidad de ser institucionalizado a tiempo total en hogares y residencias (Friedman et al., 2005; Gaugler et al., 2007).

La familia es conocida como la principal fuente de prestación de cuidados básicos, aunque muchas veces no consigue dar respuesta a las necesidades individuales, principalmente se esta es dependiente física o mentalmente, surgiendo la institucionalización como la alternativa (Serrano, 2011; Sequeira, 2015).

Como factores protectores algunos estudios (Lopes, 2024; Loureiro et al., 2011; Santana et al., 2008; Serrano, 2011), indican que la institucionalización:

- i. compone muchas veces la respuesta más adecuada y posible;

- ii. dispone de un conjunto de servicios de acompañamiento y de satisfacción de los cuidados básicos;
- iii. origina una mejoría de las condiciones de vida;
- iv. promueve una seguridad y vigilancia a tiempo parcial o integral;
- v. desarrolla distintas actividades socio ocupacionales y de la vida diaria.

Incluso el desarrollo de actividades aumenta la autoestima, la participación y la socialización, entabla la manutención de la salud mental, permite el mantenimiento de los rendimientos cognitivos y funcionales, mayor calidad de vida y bienestar, combatiendo los sentimientos de aislamiento y soledad. Sin embargo, las instituciones difícilmente pueden criar ambientes tan estimulantes como las personas mayores estibasen en su domicilio y activos en su comunidad (Almeida y Quintão, 2012; Crispim et al., 2022; Conceição, 2012; Cohen-Mansfield y Wirtz, 2007; Santana et al., 2008; Rocha et al., 2022).

Por otra parte, como factores de riesgo otros estudios (Conceição, 2012; Reis et al., 2008; Nordon et al., 2009; Friedman et al., 2005; Reis et al., 2008) indican que la institucionalización:

- i. desarrolla sentimientos de infelicidad, de dificultades de adaptación y de comunicación;
- ii. desarrolla sentimientos de abandono, aislamiento;
- iii. acarrea a la desintegración social y espiritual
- iv. conduce a la pérdida de responsabilidad y de seguridad individual;
- v. no promueve servicios individualizados y diversificados que atiendan a las necesidades idiosincráticas y a la personalidad de cada persona mayor;
- vi. conduce al aumento de marcadores psicopatológicos como ansiedad y depresión;
- vii. precipita el envejecimiento patológico;
- viii. disminuye las funciones cognitivas y funcionales.

Estas consecuencias negativas están asociadas a las rutinas institucionales que son muchas veces restrictivas y rígidas, así como a la labilidad de los servicios que no promueven programas de estimulación cognitiva y de combate a la sintomatología ansiosa y depresiva, disminuyendo la calidad de vida y aumentando la dependencia, la hospitalización y la mortalidad en personas mayores (Arribada, 2004; Gordo, 2015; Loureiro et al., 2011; Reis et al., 2008).

Al parecer los autores son unánimes sobre los factores capaces de promover un envejecimiento sano, bien-sucedido y con calidad de vida, sea el persona mayor institucionalizado o no, como: i) fomentar la socialización por medio de salidas y de contacto con el exterior; ii) promover el desarrollo de actividades físicas y mentales estimulantes y desafiantes; iv) desarrollar actividades que incluyan las Actividades de la vida diaria para promover la autonomía y la independencia de la persona mayor; v)

crear programas de intervención cognitiva y emocional; vi) promover la formación especializada de los cuidadores formales y/o informales (China et al., 2023; Cohen-Mansfield y Wirtz, 2007; Crispim et al., 2022; Fastame y Cavallini, 2011; Forner y Alves, 2020; Loureiro et al., 2011).

Sin embargo, aunque diferentes autores tengan diferentes perspectivas y que diferentes estudios tengan observado diferentes resultados es necesario tener en cuenta el contexto en que la persona mayor se encuentra insertada. En cuanto que la mayoría prefiera permanecer en su domicilio, muchas veces las limitaciones físicas y mentales, así como el nivel de sobrecarga en los familiares, hacen con que la institucionalización sea la única respuesta. Además, más que el contexto institucional, la premisa básica debería ser el mantenimiento del funcionamiento físico, psicológico y social proporcionando el máximo de autonomía, bienestar y calidad de vida de la persona mayor.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La revisión realizada permitió observar que distintos estudios observaron un conjunto de variables que contribuyen para la institucionalización de las personas mayores, como: i) sobrecarga física, emocional y financiera de los cuidadores ii) falta de apoyo socio/familiar y de recursos económicos; iii) aislamiento, soledad y disminución de las redes sociales; iv) tener edad avanzada, ser del género femenino, tener baja escolarización, no tener compañero o tener desempeñado profesiones poco estimulantes intelectualmente; v) presencia de comorbilidades clínicas, pérdidas orgánicas; vi) historial de caídas, hospitalizaciones y polimedicación; vii) presencia de perturbaciones neurológicas como las demencias y otras enfermedades neurodegenerativas; viii) presencia de marcadores psicopatológicos como los cuadros psicóticos, de personalidad, ansiedad y depresión; ix) afectación cognitiva y ejecutiva y x) incapacidad/Dificultad en realizar las Actividades de la vida diaria (Arslantas et al., 2009; Dixe et al., 2023; Fonseca, 2021; Gaugler et al., 2007; Hacihasanoglu et al., 2012; Hajek et al., 2016; Jerez-Roig et al., 2017; Kimura et al., 2013; Luppá et al., 2010; Montejo et al., 2012; Moreira, 2020; Pocinho, 2022; Reis et al., 2008; Springate et al., 2012; Wang et al., 2018).

Sin embargo, la revisión bibliográfica permitió otras conclusiones como la dificultad para generalizar algunos resultados, teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes presentaron: i) una gran heterogeneidad sociodemográfica, dificultando la interpretación de los resultados considerando que presentan i) una gran diversidad edad, educación, particularmente en la comprensión de la lectura y la escritura, falta de representación por sexo y estado civil; ii) diferentes comorbilidades clínicas asociadas y múltiples diagnósticos; iii) no controlaron el efecto del funcionamiento cognitivo; iv) la presencia de consumo de sustancias; v) utilizaron

diferentes escalas de evaluación con diferentes puntos de corte; y vi) no discriminó entre diferentes grados y tiempos de institucionalización

En conclusión, los resultados obtenidos permiten concluir la búsqueda de opciones institucionales, que muchas veces pueden ser la respuesta más adecuada, aunque no la ideal, para garantizar la seguridad y protección de las personas con demencia o discapacidad que no pueden desempeñarse de forma autónoma e independiente. actividades de la vida diaria. Sin embargo, es igualmente crucial repensar la prestación de cuidados y el desarrollo de respuestas alternativas que permitan a la persona mayor permanecer el mayor tiempo posible, con calidad de vida y bienestar en su hogar, con sus pertenencias y con su comunidad.

REFERENCIAS

Almeida, L. y Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(6), 350-358.

Araújo, O. y Ceolim, M. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições. *Revista Escolar de Enfermagem*, 41(3), 378-385. doi:10.1590/S0080-62342007000300006.

Arribada, M. (2004). Occupational therapy in rheumatology. *Revista Chilena de Reumatología*, 20(4), 183-183.

Arslantas, D., Ünsal, A., Metintas, S., Koc, F., y Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural áreas, Eskisehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 127-131. doi:10.1016/j.archger.2007.11.005.

Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Tesis presentada a la Faculdade de Ciências Médicas de la Universidade Nova de Lisboa para obtención del Grado de Doctor.

Carrillo-Casanova, C., Carrillo-Casanova, P., y Sotolongo-Casanova, P. (2004). La memoria: Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38(5), 469-472.

Chalise, H. (2023). Healthy Ageing: A Basic Concept. *Asian Journal of Population Sciences*, 2(15), 124-128. doi:10.3126/ajps.v2i1.51096

China, D.L., Frank, I.M., Silva, J.B. da, Almeida, E.B. de, y Silva, T.B.L. da. (2021). Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24, 141-156. doi:10.23925/2176-901X.2021v24i0p141-156

Cohen-Mansfield, J. & Wirtz, P.W. (2007). Characteristics of Adult Day Care Participants Who Enter a Nursing Home. *American Psychological Association*, 22(2), 354-360. doi: doi:

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados*. Tesis presentada a la Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, para obtención del Grado de Máster.

Crispim R., Albuquerque, C., y Guerra, J. (2022) Contextos residenciais coletivos para pessoas idosas: Uma intervenção orientada para o Envelhecimento Ativo. *Journal of Aging and Innovation*, 11(3), 39-59. doi:10.36957/jai.2182-696X.v11i3-3

Direção-Geral da Segurança Social da Família e da Criança (2013). *Apoios Sociais e Programas para idosos*.

Dixe, M.D.A., Pinho, J., Pereira, F., Verloo, H., Meyer-Masseti, C., y Pereira, S.G. (2023). Patterns of Medication Management and Associated Medical and Clinical Features among Home-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Central Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1701. doi:10.3390/ijerph20031701

Dixon, A. (2021). The United Nations Decade of Healthy Ageing requires concerted global action. *Nature Aging*, 1(2). doi:10.1038/s43587-020-00011-5

Fastame, M. y Cavallini, E. (2011). Working Memory Functions in Healthy Elderly People: The Impact of Institutionalization and Advancing Age on Mnestic Efficiency. *Clinical Gerontologist*, 34(3), 207-219. doi:10.1080/07317115.2011.555909.

Ferreira, P. (2013). Estado Funcional e recursos da população idosa - Dossiê: envelhecimento e acesso a cuidados de saúde. *Secção Regional do Centro da ordem dos médicos: Médicos do Centro: A Velhice Pede Desculpa*, 4(4), 6-7.

Fonseca, A.M. (2021). *Ageing in Place — envelhecimento em casa e na comunidade Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Forner, F. y Alves, C. (2020). Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. *Revista Universo Psi*, 1(1), 150-174.

Freitas, M., Maruyama, S., Ferreira, T., y Motta, A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e Freitas geriatria: revisão da literatura. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 10(2), 221-228.

Friedman, S., Steinwachs, D., Rathouz, P., Burton, L., y Mukamel, D. (2005). Characteristics Predicting Nursing Home Admission in the Program of All-Inclusive Care for Elderly People. *The Gerontologist*, 45(2), 157-166.

Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K., y Kane, R. (2007). Predicting Nursing Home Admission in the U.S: a meta-analysis. *Bio Medical Center Geriatrics*, 13. doi:10.1186/1471-2318-7-13.

Gobbens, R., Luijckx, J., Wijnen-Sponselee, M., y Schols, J. (2010). In Search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338-343. doi:10.1016/j.jamda.2009.09.015.

Gordo, S. (2015). *Estudio del Funcionamiento Ejecutivo y de las Actividades de la Vida Diaria en Ancianos en función del Ámbito de Residencia Habitual*. Tesis presentada a la Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología - Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, para obtención del grado de Doctor.

Hacihanoglu, R., Yildirim, A., y Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 61-66. doi:10.1016/j.archger.2011.03.011.

Hajek, A., Brettschneider, C., Posselt, T., Lange, C., Mamone, S., Wiese, B., ... König, H.H. (2016). Predictors of Frailty in Old Age-Results of a Longitudinal Study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(9), 952-957.

Jacob, L. (2012). *Respostas Sociais para idosos em Portugal*. In Pereira, F. Teoria e Prática em Gerontologia: 129-148. Viseu:Psicosoma.

Jerez-Roig, J., Ferreira, L., Araújo, J., y Lima, K. (2017). Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized elderly: A two-year longitudinal study. *Disability and Health Journal*, 10(2), 279–285. doi:10.1016/j.dhjo.2016.12.001

Kimura, K., Yasunaga, A., y Wang, L. (2013). Correlation between moderate daily physical and neurocognitive variability in healthy elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 109–117. doi:10.1016/j.archger.2012.10.004.

Lopes, C. (2024). *Qualidade de vida dos idosos institucionalizados: estudo de caso numa IPSS do concelho de Ansião*. Tesis presentada ao IPC - Instituto Politécnico de Coimbra, para obtención del Grado de Máster em Gerontologia Social.

Loureiro, A., Lima, A., Silva, R., y Najjar, E. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional*, 22(2), 136-144.

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brähler, E., y Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31–38. doi:10.1093/ageing/afp202.

Luppa, M., Riedel-Heller, S., Wiese, T., Bussche, H., Haller, F., Sauder, M., ... Weyerer, S. (2012). Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Society of Psychiatry Epidemiology*, 47, 263–270. doi:10.1007/s00127-010-0333-9.

Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M., y Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 298-304. doi:10.1016/j.archger.2011.05.021.

Moreira, M.J.G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, V., y Neto, V. (2009). Perda Cognitiva em Idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.

Okura, T., Plassman, B., Steffens, D., Llewellyn, D., Potter, G., y Langa, K. (2011). Neuropsychiatric Symptoms and the Risk of Institutionalization and Death: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Journal of American Geriatric Society*, 59, 473–481. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03314.x.

Paúl, C. y Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pocinho, R. (2022). *O Envelhecimento em Portugal: estado atual*. In Enfermagem em gerontologia e geriatria. Lidel.

PORDATA (2022). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*.

Reis, L. Torres, G., y Reis, L. (2008). Características socio-demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié Brazil. *Revista Espaço para a Saude, Londrina*, 9(22), 39-46.

Rocha, V., Fernandes, B., Freitas M., y Lopes, T. (2022). *Quedas em idosos institucionalizados: fatores ambientais*. Anais do IX CIEH- Campina Grande: Realize Editora.

Sequeira, C. (2015). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.

Serrano, G. (2011). *Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la institución hogar de vida 1 - Patronato San José*. Tesis presentada a la universidad Politécnica Salesiana Sede Quito, para obtención del Grado de Psicólogo.

Springate, B., Tremont, G., y Ott, B. (2012) Predicting Functional Impairments in Cognitively Impaired Older Adults Using the Minnesota Cognitive Acuity Screen. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 0-16. doi:10.1177/0891988712464820.

Wang, H., Li, C., Lo, C., Chiao, C., Hsiao, C., Wu, H., Lee, M., y Liao, W. (2018). Effect of Social support on changes in instrumental activities of daily living in elderly: A national population-based longitudinal study. *International Journal Gerontology*, 13, 17-22. doi:10.1016/j.ijge.2018.06.004

World Health Organization (WHO) (2018). *Aging in place - International Technical Meeting*.

