

Volumen 13

Número 1

Junio 2016

ISSN: 1578-908X

---

# ACCIÓN PSICOLÓGICA

Director: José Luis Martorell

MONOGRÁFICO SOBRE DROGAS

Coordinadora: Francisca López Torrecilla



Open Acces online

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica>

## Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA  
VOLUMEN 13, NÚMERO 1, JUNIO 2016 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

**Director /Editor:** José Luis Martorell Ypiens

Universidad Nacional de Educación a Distancia

**Director Adjunto/ Associate Editor:** Miguel A. Carrasco

Universidad Nacional de Educación a Distancia

## CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lourdes Ezpeleta Ascaso	Universitat Autónoma de Barcelona
Jesús García Martínez	Universidad de Sevilla
Francisco Pablo Holgado	Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
José Carlos Mingote Adán	Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática
Juan Francisco Rodríguez Testal	Universidad de Sevilla
Ángeles Sánchez-Elvira Paniagua	Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

## CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

M <sup>a</sup> Teresa Anguera Argilaga (Universitat de Barcelona)	Araceli Maciá Antón (UNED)
Rubén Ardua (Universidad Nacional de Colombia)	Elena Martín Ortega (Universidad Autónoma Madrid)
M <sup>a</sup> Dolores Avia Aranda (UCM)	Jesús Ignacio Martín Cordero (UNED)
Isabel Barbero García (UNED)	Maritza Montero (Universidad Central de Venezuela)
José Bermúdez Moreno (UNED)	José Muñiz Fernández (Universidad de Oviedo)
Lluís Botella García del Cid (Universitat Ramon Llull)	K. Paulick (Universität Hamburg, Alemania)
Eric J. de Bruyn (Radboud Universiteit Nijmegen, Holanda)	José María Peiró Silla (Universitat de València)
Gian Vittorio Caprara (Sapienza-Università di Roma, Italia)	Susan Pick (Universidad Central de México)
Helio Carpintero Capell (UDIMA)	Jesús Rodríguez Martín (Universidad Miguel Hernández)
Jean Paul Caverni (Université d'AixMarseille, Francia)	Donald K. Routh (Universidad of Miami. USA)
Enrique Echeburúa Odriozola (UPV/EHU)	Fernando Rubio Garay (COP, España)
Michael W. Eysenck (University of London, Reino Unido)	M. Salas (Universidad Católica de Chile)
Guillem Feixas (Universitat de Barcelona)	N. Salgado (Universidad Central de México)
Rocío Fernández Ballesteros (Universidad Autónoma Madrid)	Encarnación Sarriá Sánchez (UNED)
María Forns Santacana (Universitat de Barcelona)	Luis Ángel Saúl Gutierrez (UNED)
Antonio Godoy Ávila (Universidad de Málaga)	D. Silva (Universidade de Lisboa, Portugal)
David Jaúregui Camasca (Univ. de San Marcos, Perú)	Charles Spielberger (University of Florida, USA)
Phillipe N. Johnson Laird (Princeton University, USA)	Gabriela Topa Cantisano (UNED)
M <sup>a</sup> de los Ángeles López González (UNED)	Richard E. Tremblay (University of Montreal, USA)
M <sup>a</sup> Dolores Luna Blanco (UNED)	Jaime Vila Castellar (Universidad de Granada)
Francisco Morales Domínguez (UNED)	Bernhard Wilpert (Technische Universität Berlin, Alemania)

## ASESOR TÉCNICO / TECHNICAL ADVISOR

Alexis Moreno Pulido

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

## COORDINADORA DE EDICIÓN/EDITORIAL COORDINATION

M<sup>a</sup> de los Ángeles López González

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

## Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA  
VOLUMEN 13, NÚMERO 1, JUNIO 2016 - ISSN: 2255-1271

*Acción Psicológica* es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

**Acción Psicológica** publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

Las normas de envío de originales se detallan en la web de la revista:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions>

**Copyright:** la revista Acción Psicológica se publica bajo licencia Creative Commons Reconocimiento – NoComercial (CC BY-NC).

**Contacto:** Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología (UNED). C/ Juan del Rosal nº 10, 28040 Madrid, Spain. Email: [accionpsicologica@psi.uned.es](mailto:accionpsicologica@psi.uned.es)

## Acción Psicológica

SEMIANNUAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY  
VOLUME 13, NUMBER 1, JUNY 2016 - ISSN: 2255-1271

*Acción Psicológica* is a semiannual journal published by the Faculty of Psychology of the Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) since 2002. Publishes original research, review, theoretical or methodological contributions, as well as case studies on different areas of Psychology.

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

### Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the [Publication Manual of the American Psychological Association \(6<sup>th</sup> edition\)](#).

The manuscripts will be upload in formats: ".doc" or ".docx" in the journal website <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions>. Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **6000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

Acción Psicológica is indexed in the following databases:

Bibliographical International: Emerging Source Citation Index (ESCI-Thomson Reuters), Academic Search Complete, Academic Search Premier and Fuente Academica Plus (EBSCO), ProQuest Psychology Journals, ProQuest Central, ProQuest Central K-12, ProQuest Health Research Premium Collectum, ProQuest Hospital Premium Collection, DOAJ, FirstSearch (OCLC), PubPsych (ZPID), SciELO, Open J-Gate, Dialnet, e-Revistas, Redalyc.

Bibliographical National: Compludoc, ISOC (CSIC-CINDOC), Psicodoc, Psyke.

Web site of the journal, with information, index, abstracts and full text (in pdf format) of articles:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/index>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

---

Servicio de Psicología Aplicada

# ACCIÓN PSICOLÓGICA

---

Monográfico sobre drogas

---

Contribuciones de temática libre

---

VOLUMEN 13

JUNIO 2016

NÚMERO 1

## ÍNDICE

### Contribuciones al monográfico

<b>1. Evaluación neuropsicológica en adicciones: guía clínica .....</b>	1
Antonio Verdejo-García	
<b>2. La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿Una cuestión de sexo? .....</b>	7
Úrsula Martínez, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán, Rubén Rodríguez-Cano, Carmela Martínez-Vispo y Elisardo Becoña	
<b>3. Respuestas faciales ante imágenes de advertencia de tabaco .....</b>	17
Miguel Ángel Muñoz, C. Gantiva y L. F. Ciria	
<b>4. Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato .....</b>	27
Eva Castillo Fernández, Enrique J. Gómez Sánchez, José Luis Mata-Martín, Isabel Ramírez Uclés y Francisca López Torrecillas	
<b>5. Consumo de tabaco y alcohol en una muestra en proceso de desahucio .....</b>	43
Humbelina Robles-Ortega, José Luis Mata-Martín, M. Carmen Fernández-Santaella, Isis González-Usera, Jaime Vila-Castelar, Mariola Bernal-Solano, Julia Bolívar-Muñoz, Inmaculada Mateo-Rodríguez y Antonio Daponte-Codina	
<b>6. El consumo de drogas en el alumnado de la Universidad de Jaén .....</b>	59
María del Mar Díaz-Castela, Begoña Anguiano-Garrido y José Antonio Muela-Martínez	
<b>7. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de magisterio y sus creencias acerca de la educación preventiva .....</b>	67
Manuel Fernández Cruz, José Gijón Puerta y Emilio Jesús Lizarte Simón	
<b>8. Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes .....</b>	81
Carlos Herruzo, Valentina Lucena, Rosario Ruiz-Olivares, Antonio Raya y María José Pino	
<b>9. Evaluación de variables psicológicas en el tratamiento de personas con adicción: propiedades psicométricas del cuestionario VIP .....</b>	95
Eduardo J. Pedrero-Pérez	
<b>10. Personalidad y su relación con el uso versus abuso del teléfono móvil .....</b>	107
M. Angustias Olivencia-Carrión, M. Nieves Pérez-Marfil, M. Belén Ramos-Revelles y Francisca López-Torrecillas	
<b>11. Patrón de Conducta Tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales .....</b>	
Gisele Belmonte Steibel, Rosario Ruiz-Olivares y Javier Herruzo Cabrera	

### Contribuciones de temática libres/no monográfica

<b>12. La terapia de la Coherencia: un enfoque constructivista apoyado por la neurociencia contemporánea .....</b>	123
Michał Jasiński, Clara Paz y Guillem Feixas	
<b>13. Rendimiento de los titulados en Psicología en las pruebas de acceso al PIR .....</b>	139
Eva Expósito-Casas, Ana González-Benito, Esther López-Martín y Alexis Moreno-Pulido	
<b>14. Estrés vital: variables psicológicas y sociodemográficas predictoras del malestar emocional .....</b>	153
Beatriz Vallejo-Sánchez y Ana M. Pérez-García	
<b>15. Predictores del miedo y las habilidades sociales en adolescentes del contexto pluricultural de Ceuta .....</b>	153
Federico Pulido Acosta y Francisco Herrera Clavero	
<b>16. Dialogando sobre emociones con niños en riesgo de exclusión social: un estudio preliminar .....</b>	153
Alberto Fernández Angulo, Laura Quintanilla y Marta Giménez-Dasi	

## CONTENTS

### **Monographic articles**

<b>1. Neuropsychological assessment in addiction: A clinical guideline .....</b>	1
Antonio Verdejo-García	
<b>2. Relapse in Smokers Who Quit with a Psychological Treatment: A Gender Issue? .....</b>	7
Úrsula Martínez, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán, Rubén Rodríguez-Cano, Carmela Martínez-Vispo y Elisardo Becoña	
<b>3. Facials Answers to Tobacco Warning Images .....</b>	17
Miguel Ángel Muñoz, C. Gantiva y L. F. Ciria	
<b>4. Personality Disorder Profeiles in Drug Abuse and Abuse .....</b>	27
Eva Castillo Fernández, Enrique J. Gómez Sánchez, José Luis Mata-Martín, Isabel Ramírez Uclés, and Francisca López Torrecillas	
<b>5. Tobacco and Alcohol Consumption in a Sample Eviction Process.....</b>	43
Humbelina Robles-Ortega, José Luis Mata-Martín, M. Carmen Fernández-Santaella, Isis González-Usera, Jaime Vila-Castelar, Mariola Bernal-Solano, Julia Bolívar-Muñoz, Inmaculada Mateo-Rodríguez, and Antonio Daponte-Codina	
<b>6. The Drug Use in Students from the University of Jaen .....</b>	59
María del Mar Díaz-Castela, Begoña Anguiano-Garrido y José Antonio Muela-Martínez	
<b>7. Consumption of psychoactive substances in student teachers and their beliefs about preventive education .....</b>	67
Manuel Fernández Cruz, José Gijón Puerta, and Emilio Jesús Lizarte Simón	
<b>8. Sex Differences in the Perception of Risk Associated with Drug Use in young .....</b>	81
Carlos Herruzo, Valentina Lucena, Rosario Ruiz-Olivares, Antonio Raya, and María José Pino	
<b>9. Assessment of Psychological Variables in Treating People with Addiction: Psychometric Properties of the Questionnaire VIP .....</b>	95
Eduardo J. Pedrero-Pérez	
<b>10. Relation Personality to Mobile Phone use and Abuse .....</b>	107
M. Angustias Olivencia-Carrión, M. Nieves Pérez-Marfil, M. Belén Ramos-Revelles, and Francisca López-Torrecillas	
<b>11. Type A &amp; B Behavior Pattern and its relation to behavioral addictions .....</b>	
Gisele Belmonte Steibel, Rosario Ruiz-Olivares, and Javier Herruzo Cabrera	

### **Others Articles**

<b>12. Coherence therapy: a constructivist approach supported by contemporary neuroscience.</b>	123
Michał Jasiński, Clara Paz, and Guillem Feixas	
<b>13. Performance of graduates in the Internship in Clinical Psychology entrance exams .....</b>	139
Eva Expósito-Casas, Ana González-Benito, Esther López-Martín, and Alexis Moreno-Pulido	
<b>14. Life Stress: Psychological and Socio-Demographic Variables as Predictors of Emotional Distress .....</b>	153
Beatriz Vallejo-Sánchez and Ana M. Pérez-García	
<b>15. Predictors of Fear and Social Skills in Adolescents in the Multicultural Context of Ceuta</b>	153
Federico Pulido Acosta and Francisco Herrera Clavero	
<b>17. Talking about Emotions with Children at Risk of Social Exclusion: A Preliminary Study.</b>	153
Alberto Fernández Angulo, Laura Quintanilla, and Marta Giménez-Dasi	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

---

Servicio de Psicología Aplicada

# ACCIÓN PSICOLÓGICA

Monográfico sobre drogas

[Monographic about drugs]

VOLUMEN 13

JUNIO 2016

NÚMERO 1



## EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN ADICCIONES: GUÍA CLÍNICA

## NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT IN ADDICTION: A CLINICAL GUIDELINE

ANTONIO VERDEJO-GARCÍA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Verdejo-García, A. (2016). Evaluación neuropsicológica en adicciones: guía clínica [Neuropsychological assessment in addiction: A clinical guideline]. *Acción Psicológica, 13*(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17392>

### Resumen

El objetivo de este artículo de opinión es proporcionar pautas para la evaluación neuropsicológica en el contexto terapéutico de las adicciones. Se proponen guías básicas para la evaluación neuropsicológica en dos contextos: (1) la determinación de los perfiles neuropsicológicos de usuarios consumidores de drogas; (2) la predicción de los resultados del tratamiento de las adicciones, en términos de retención y adherencia a las recomendaciones terapéuticas y de riesgo de recaídas en el consumo. Se describen también nuevas aproximaciones terapéuticas derivadas de una comprensión neuropsicológica de los trastornos por uso de sustancias. Las pautas recogidas en este artículo pretenden servir para facilitar la transición entre el

descubrimiento científico y la implementación asistencial, proporcionando guías básicas para incorporar estas herramientas en la práctica clínica con pacientes drogodependientes.

**Palabras clave:** recomendaciones; evaluación neuropsicológica; tratamiento; adicciones.

### Abstract

The aim of this article is to provide recommendations for neuropsychological assessment in the context of addiction treatment. I propose key basic guidelines to conduct neuropsychological assessment in two contexts: (1) profiling of cognitive sequela associated with substance use; (2) prediction of treatment ot-

**Correspondencia:** Antonio Verdejo-García. School of Psychological Sciences & Monash Institute of Cognitive and Clinical Neurosciences.

**Email:** antonio.verdejo@monash.edu

<sup>1</sup> Monash University, Australia.

Recibido: 07 de enero de 2016.

Aceptado: 12 de marzo de 2016.

comes, in terms of retention and adherence to addiction treatment, and risk of relapse. I also discuss novel therapeutic approaches spurred by a neuropsychological understanding of substance use disorders. These recommendations are aimed to foster the transition between neuroscientific discovery and clinical translation, by providing basic guidelines to incorporate neuropsychological tools in clinical practice with addicted clients.

**Keywords:** recommendations; neuropsychological assessment; treatment; addiction.

## Introducción

El objetivo de este artículo de opinión es proporcionar pautas para la evaluación neuropsicológica en el contexto terapéutico de las adicciones. En los últimos diez años, los estudios neuropsicológicos han demostrado que la evaluación neuropsicológica es útil para determinar perfiles de deterioro cognitivo asociados al consumo de drogas (Fernández-Serrano, Pérez-García y Verdejo-García, 2011) y para predecir los resultados clínicos del tratamiento, tales como la retención, la adherencia o la recaída (Stevens et al., 2014). En las secciones subsiguientes se proponen guías básicas de aproximación a la evaluación neuropsicológica en cada uno de estos escenarios, basadas en la evidencia acumulada por los estudios de investigación.

### Determinación del perfil de deterioro neuropsicológico

Se establecen tres premisas básicas: (1) la evaluación debe comenzar con una entrevista neuropsicológica y de consumo de drogas; (2) la selección de instrumentos de evaluación debe basarse en evidencias empíricas sobre la pertinencia, fiabilidad y validez de los instrumentos en el contexto específico de las adicciones; (3) la interpretación debe tener en cuenta la significación funcional de los déficits.

La entrevista neuropsicológica suele adoptar una aproximación evolutiva, por lo que las cuestiones referentes al desarrollo infantil y adolescente permiten examinar algunos de los factores que se han asociado al deterioro neuropsicológico en adicciones, tales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o los trastornos del espectro disocial. La investigación neurocientífica ha constatado que los trastornos por uso de sustancias se solapan con períodos críticos del neurodesarrollo adolescente, por lo que se deben examinar sistemáticamente los patrones de consumo entre los 13 y los 20 años (Paus, Keshavan y Giedd, 2008). La evaluación debe asimismo recoger información detallada sobre los aspectos académicos, vocacionales y sociales que contribuyen a estimar el funcionamiento cognitivo estándar del individuo, con objeto de poder comparar los posibles déficits con el potencial cognitivo esperable de acuerdo con estos desempeños.

La selección de instrumentos debe estar guiada por criterios objetivos de pertinencia y adecuación psicométrica. En el contexto de la pertinencia deben tenerse en cuenta los perfiles de consumo y severidad. Los policonsumidores con uso de cocaína y/o heroína son usuarios tradicionales de los centros de tratamiento. En esta población, nuestros estudios han demostrado que los instrumentos de evaluación de las funciones ejecutivas y, específicamente, las pruebas de fluidez fonológica (FAS), memoria de trabajo (Letras y Números), inhibición de respuesta (Stroop), flexibilidad (Prueba de Categorías) y planificación (Mapa del Zoo) permiten discriminar adecuadamente entre consumidores de drogas y no-consumidores (Fernández-Serrano, Pérez-García, Perales y Verdejo-García, 2010). Estas pruebas permiten también discriminar entre distintos perfiles de consumidores: los consumidores de cocaína presentan mayores alteraciones en los dominios de inhibición y flexibilidad, mientras que los consumidores de heroína presentan mayores alteraciones relacionadas con la planificación (Verdejo-García, Perales y Pérez-García, 2007; Verdejo-García y Pérez-García, 2007). En el caso de los consumidores de cannabis, la evaluación neuropsicológica debe incorporar instrumentos de evaluación de la memoria episódica, mejores cuanto más detallada sea su discriminación de patrones de deterioro asociados a los problemas de aprendizaje, codificación, almacenamiento y recuperación.

ción de información (Solowij et al., 2011). En caso de existir trastornos psicopatológicos comórbidos, las mencionadas pruebas de memoria episódica, los tests parametrizados de memoria de trabajo (e.g., N-back) y los tests de atención continua e impulsividad motora (e.g., CPTs) pueden contribuir a discriminar el perfil asociado con distintos tipos de trastorno: alteraciones de memoria en los trastornos del espectro psicótico y del estado de ánimo, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, alteraciones de memoria de trabajo en los trastornos del espectro ansioso incluyendo los trastornos de personalidad del Clúster C y alteraciones de atención/inhibición en los trastornos de personalidad del Clúster B (Albein-Urios, Martínez-González, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2014).

La interpretación de los resultados debe ajustarse a significación funcional de los hallazgos. Típicamente en neuropsicología se consideran clínicamente significativas las alteraciones del rendimiento que se ubican entre 1.5 y 2 desviaciones típicas por debajo de la media poblacional. Sin embargo, debe atenderse a las necesidades actuales del usuario. Por ejemplo, una alteración “subclínica” de la memoria de trabajo (e.g., de 1 desviación típica) puede ser clínicamente significativa si el plan terapéutico del paciente se centra en las terapias discursivas tradicionales, como la terapia cognitivo conductual. Asimismo, una alteración “subclínica” de los procesos de inhibición y flexibilidad puede escalar a niveles clínicamente significativos si el usuario planea mantener el consumo de alcohol y/o drogas estimulantes.

### ***Predicción de los resultados clínicos del tratamiento***

Se establecen dos premisas básicas: (1) La selección de instrumentos debe basarse en la validez predictiva y ecológica de los instrumentos; (2) La evaluación se orienta al ajuste entre el perfil neuropsicológico y las opciones de tratamiento.

En el contexto de la predicción de resultados, la entrevista neuropsicológica y la interpretación basada en la significación funcional mantienen su contenido y relevancia, pero la selección de instrumentos se basa en la

evidencia científica sobre la capacidad de estos instrumentos para predecir los resultados terapéuticos en el contexto de las adicciones. En este contexto se consideran tres variables de resultado terapéutico: la retención en tratamiento, la adherencia a las pautas terapéuticas y el riesgo de recaída. Nuestros estudios, así como los de otros grupos de investigación internacionales, han demostrado que las habilidades de autorregulación y flexibilidad son claves para la retención y la adherencia al tratamiento (Turner, LaRowe, Horner, Herron y Malcolm, 2009; Verdejo-García et al., 2012). Por tanto, instrumentos como la Prueba de Categorías, el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin o el Test de Aplicación de Estrategias pueden contribuir a identificar a usuarios que están en riesgo de abandono terapéutico. En el caso de la recaída, múltiples estudios indican que los tests de toma de decisiones (e.g., Iowa Gambling Task) que implican posibles recompensas en un contexto de incertidumbre y riesgo predicen de manera significativa el riesgo de recaer (Verdejo-García et al., 2014). Asimismo, una pobre valoración afectiva de los estímulos reforzadores naturales que podrían competir con las drogas en el contexto de la recuperación también se relaciona significativamente con un mayor riesgo de recaer (Lubman et al., 2009).

En el caso de detectar alteraciones de autorregulación y flexibilidad, la planificación terapéutica debe incorporar: (i) estrategias motivacionales más frecuentes y sistemáticas, y/o (ii) intervenciones orientadas a la compensación de estos déficits. En relación con (ii) estudios preliminares han puesto de manifiesto que las intervenciones basadas en el manejo de contingencias pueden ser especialmente eficaces en estos usuarios (Washio et al., 2011). En el caso de detectar alteraciones significativas de la toma de decisiones y/o la experiencia emocional se hacen necesarias intervenciones específicas que aborden tales déficits. Dos programas de entrenamiento cognitivo han demostrado efectos positivos sobre estas alteraciones. El “Entrenamiento en Manejo de Objetivos” (“Goal Management Training”) incorpora ejercicios de meditación y estimulación del control inhibitorio, la memoria de trabajo y la monitorización con el objetivo de interiorizar una secuencia de acción caracterizada por la formulación de objetivos adaptativos y la comparación continua entre el objetivo original y la secuencia de conducta (Levine et

al., 2011). Este entrenamiento ha demostrado mejorar significativamente los procesos de toma de decisiones en policonsumidores de sustancias (Alfonso, Caracuel, Delgado-Pastor y Verdejo-García, 2011). El “Entrenamiento en Modificación de Sesgos Cognitivos” (Cognitive Bias Modification) re-entrena sesgos atencionales asociados con estímulos de consumo, asociando estos estímulos (e.g., imágenes de bebidas alcohólicas) con respuestas motoras de evitación y estímulos competidores (e.g., imágenes de zumos de frutas) con respuestas motoras de acercamiento (Wiers, Eberl, Rinck, Becker, Lindenmeyer, 2011). Dada la conexión funcional entre los sistemas motores y los sistemas emocionales/motivacionales, este entrenamiento ha demostrado ser efectivo para “recodificar” los estímulos de consumo como estímulos aversivos y los estímulos competidores como estímulos apetitivos (Wiers et al., 2011).

## Conclusiones

La evaluación neuropsicológica convenientemente guiada por evidencias científicas aporta nuevas herramientas para la determinación de perfiles cognitivos relevantes para el tratamiento de las adicciones y para la predicción y la mejora de sus resultados terapéuticos. Las pautas recogidas en este artículo pretenden servir para facilitar la transición entre el descubrimiento científico y la implementación asistencial, proporcionando guías básicas para incorporar estas herramientas en la práctica clínica con pacientes drogodependientes.

## Referencias

- Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C. y Verdejo-García, A. (2011). Combined Goal Management Training and Mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.025>.
- Albein-Urios, N., Martínez-González, J. M., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García A. (2014). Executive funtions in cocaine-dependent patients with Cluster B and Cluster C personality disorders. *Neuropsychology*, 28(1), 84-90. <http://dx.doi.org/10.1037/neu0000007>.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.04.008>.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Perales, J. C. y Verdejo-García A. (2010). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *The European Journal of Pharmacology*, 626(1), 104-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejphar.2009.10.019>.
- Levine, B., Schweizer, T. A., O'Connor, C., Turner, G., Gillingham, S., Stuss, D. T., ... y Robertson, I. H. (2011). Rehabilitation of executive functioning in patients with frontal lobe brain damage with goal management training. *Frontiers in Human Neuroscience*, 5(9), 1-9. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2011.00009>
- Lubman, D. I., Yücel, M., Kettle, J. W., Scaffidi, A., Mackenzie, T., Simmons, J. G. y Allen, N. B. (2009). Responsiveness to drug cues and natural rewards in opiate addiction: associations with later heroin use. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 205-212.

- http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.522.
- Paus, T., Keshavan, M. y Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2513>.
- Solowij, N., Jones, K. A., Rozman, M. E., Davis, S. M., Ciarrochi, J., Heaven, P. C., Lubman, D. I. y Yücel, M. (2011). Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology* (Berl), 216(1), 131-144. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-011-2203-x>.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G. y Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>.
- Turner, T. H., LaRowe, S., Horner, M.D., Herron, J. y Malcolm, R. (2009). Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 328-334. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.009>.
- Verdejo-García, A., Albein-Urios, N., Martínez-González, J. M., Civit, E., de la Torre, R. y Lozano, O. (2014). Decision-making impairment predicts 3-month hair-indexed cocaine relapse. *Psychopharmacology* (Berl), 231(21), 4179-4187. <<http://dx.doi.org/10.1007/s00213-014-3563-9>>.
- Verdejo-García, A., Betanzos-Espinosa, P., Lozano, O. M., Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Fernández-Calderón, F., ... y Pérez-García, M. (2012). Self-regulation and treatment retention in cocaine dependent individuals: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 142-148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.025>.
- Verdejo-García, A. J., Perales, J. C., Pérez-García, M. (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32(5), 950-966. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.032>
- Verdejo-García, A. y Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology* (Berl), 190(4), 517-530. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-006-0632-8>
- Washio, Y., Higgins, S. T., Heil, S. H., McKerchar, T. L., Badger, G. J., Skelly, J. M. y Dantona, R. L. (2011). Delay discounting is associated with treatment response among cocaine-dependent outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(3), 243-248. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023617>.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S. y Lindenmeyer, J. (2011). Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22(4), 490-497. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797611400615>.



## LA RECAÍDA EN FUMADORES QUE DEJAN DE FUMAR CON UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: ¿UNA CUESTIÓN DE SEXO?

### RELAPSE IN SMOKERS WHO QUIT WITH A PSYCHOLOGICAL TREATMENT: A GENDER ISSUE?

ÚRSULA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO<sup>1,2</sup>,  
ANA LÓPEZ-DURÁN<sup>1</sup>, RUBÉN RODRÍGUEZ-CANO<sup>1</sup>,  
CARMELA MARTÍNEZ-VISPO<sup>1</sup> Y ELISARDO BECOÑA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez, U., Fernández del Río, E., López-Durán R., Rodríguez-Cano, R., Martínez-Vispo, C. y Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? [Relapse in smokers who quit with a psychological treatment: A gender issue?]. *Acción Psicológica*, 13(1), 7-20. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16722>

### Resumen

Aunque contamos con tratamientos eficaces para la dependencia del tabaco, la recaída continúa siendo un fenómeno frecuente en aquellos que consiguen dejar de fumar. El objetivo del presente estudio fue analizar si existían diferencias en función del sexo en la curva de recaída en hombres y mujeres que participaron en un tratamiento psicológico cognitivo-conductual para dejar

de fumar. La muestra estuvo formada por 266 personas (59.8 % mujeres) que dejaron de fumar al finalizar el tratamiento. Los resultados indicaron que a medida que se incrementaba el tiempo transcurrido tras la intervención, disminuía el porcentaje de participantes abstinentes. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la curva de recaída, lo cual podría explicarse por la inclusión en el tratamiento de técnicas psicológicas eficaces para el afrontamiento de algunas de las principales causas de la recaída (e.g., estado de ánimo negativo). Dada la importancia que tiene la recaída en el proceso de dejar de fumar, es necesario

**Agradecimientos:** La presente investigación ha sido financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad (Proyecto número PSI2012-31196) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

**Correspondencia:** Elisardo Becoña. Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Vida. 15782 Santiago de Compostela.

**Email:** elisardo.becoña@usc.es

<sup>1</sup> Universidad de Santiago de Compostela, España.

<sup>2</sup> Universidad Zaragoza, España.

Recibido: 23 de enero de 2016.

Aceptado: 05 de abril de 2016.

profundizar en los distintos determinantes que la desencadenan.

**Palabras clave:** recaída; fumar; sexo; tratamiento psicológico.

que supone el 16.15 % de todos los fallecimientos que se producen cada año (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010). Esto es debido a su clara relación con distintas enfermedades (e.g., cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, enfisema, etc.) (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2014).

## Abstract

Although we have effective treatments for tobacco dependence, relapse is a frequent phenomenon in those who quit. The aim of this study was to analyze whether there were differences by gender in the relapse curve in men and women who participated in a cognitive-behavioral smoking cessation treatment. The sample was composed of 266 individuals (59.8 % women) who were abstinent at the end of treatment. The results indicate that as time after the intervention increases, the percentage of abstinent participant's decreases. However, no significant differences between men and women in the relapse curve were found, which could be explained by the inclusion of effective psychological tools to cope with some of the main causes of relapse (e.g., negative affect) in the treatment. Given the importance of relapse in the smoking cessation process, it is necessary to deepen in its triggers.

**Keywords:** relapse; smoking; gender; psychological treatment.

## Introducción

A pesar de que el consumo de tabaco y el número de fumadores se han reducido notablemente en los últimos años, fumar sigue siendo la primera causa evitable de morbi-mortalidad en los países desarrollados. Casi seis millones de personas mueren cada año en el mundo como consecuencia del tabaco, una cifra que se estima se incremente hasta los siete millones y medio en 2030 (World Health Organization [WHO], 2013). En España, el consumo de tabaco es el responsable directo de 58.573 muertes anuales (45.028 varones, 13.545 mujeres), lo

Actualmente disponemos de distintos tratamientos eficaces para dejar de fumar. Además de tratamientos farmacológicos, de autoayuda, de consejo mínimo, etc. (Fiore et al., 2008; Patnode et al., 2015; Siu, 2015), contamos con los tratamientos psicológicos, que son de primera elección en el abordaje terapéutico de la dependencia del tabaco (Becoña, Míguez, Fernández del Río y López, 2010; Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill y Lancaster, 2013; Patnode et al., 2015; Schlam y Baker, 2013; Siu, 2015). Los tratamientos psicológicos para dejar de fumar, que han demostrado de modo sistemático su eficacia en los últimos 50 años (Becoña, Fernández del Río et al., 2014), se basan en tres componentes principales: 1) técnicas motivacionales, para promover que el fumador cambie su conducta y que no abandone el tratamiento; 2) técnicas psicológicas de deshabituación, con las que se le entrena para el abandono del consumo de tabaco y el mantenimiento de la abstinencia; y 3) técnicas de prevención de la recaída, cuyo objetivo es evitar que la persona recaiga en el consumo una vez que ha dejado de fumar.

Aunque cientos de investigaciones avalan la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos para dejar de fumar, la recaída sigue siendo un fenómeno frecuente entre aquellos que en algún momento lograron la abstinencia (Becoña et al., 2010; Piasecki, 2006). Así, por ejemplo, algunos estudios han indicado que tres de cada cuatro fumadores que consiguen mantenerse abstinentes durante un mes, recaen en el primer año (Etter y Stapleton, 2006; Ferguson, Bauld, Chesterman y Judge, 2005; Hughes, Keely y Naud, 2004) y, entre los que consiguen permanecer abstinentes durante un año, más del 30 % recaen posteriormente (Etter y Stapleton, 2006). En este sentido, los esfuerzos de los últimos años se han centrado en conocer este fenómeno, con el objetivo de evitar que muchos fumadores recaigan en los meses sucesivos tras el abandono. Entre las causas de la recaída que más se

han estudiado están la presencia de afecto negativo (e.g., Piñeiro y Becoña, 2013), la baja tolerancia al estrés, la baja autoeficacia, la elevada impulsividad y el bajo autocontrol (Brandon, Vidrine y Litvin, 2007).

En cuanto al momento en el que se produce la recaída, Hunt, Barnett y Branch (1971) estudiaron el curso temporal que tiene la recaída en personas en tratamiento para dejar de consumir diversas sustancias (tabaco, alcohol o heroína). Encontraron que la mayoría de las personas recaían en los tres primeros meses tras el abandono y, a partir de este momento, el porcentaje de recaídas iba disminuyendo progresivamente a lo largo del tiempo siguiendo una curva descendente. A pesar de que este estudio se realizó hace más de 40 años, todavía en la actualidad se sigue observando el mismo patrón de recaída (Kirshenbaum, Olsen y Bickel, 2009). Estudios más recientes, como el de Míguez y Becoña (2008), en fumadores que habían participado en un tratamiento de autoayuda, concluyen, tras un seguimiento de 10 años, que la recaída sigue siendo habitual hasta el cuarto o quinto año después del abandono del consumo de tabaco, aunque a partir de ese momento mejora el porcentaje de abstinencia.

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en la conducta de fumar, investigaciones previas encontraron que las mujeres, en comparación con los hombres, utilizan más el tabaco para manejar el estado de ánimo así como para el control del apetito y el peso (Jensvold, Hamilton y Halbreich, 1996). Además, tienden a presentar un menor consumo, dan caladas menos profundas y prefieren marcas con menos contenido de nicotina y alquitrán que los hombres (Grunberg, Winders y Wewers, 1991). Esto supone que la conducta de fumar de las mujeres depende más del refuerzo condicionado que de la dependencia de la nicotina (Perkins, 1996; Perkins, Donny y Caggiula, 1999). En esta línea, Bohadana, Nilsson, Ramussen y Martinet (2003) evaluaron el tipo de dependencia en función del sexo y encontraron que las mujeres puntuaban más en el componente conductual

(dependencia conductual) asociado a fumar mientras que los hombres tenían un mayor nivel de dependencia física. McKee, Maciejewski, Falba y Mazure (2003) concluyeron que los eventos vitales estresantes, en particular los relacionados con la salud y los problemas financieros, producían más dificultades para dejar de fumar y mantener la abstinencia en las mujeres que en los hombres. Piñeiro, López-Durán, Fernández del Río, Martínez y Becoña (2013) apuntaron también a determinadas características de personalidad de las mujeres fumadoras que les dificultarían alcanzar la abstinencia en el consumo de tabaco.

Por lo que respecta a las diferencias por sexo en la recaída, los resultados de investigaciones previas no son concluyentes. Mientras que algunos estudios han encontrado que los hombres tienen una mayor probabilidad de mantenerse abstinentes que las mujeres (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003; Ward, Klesges y Zbikowski, 1997; Wetter et al., 1999), otros no han hallado diferencias significativas entre ambos sexos (Gonzales et al., 2002; Gritz et al., 1998). Estos hallazgos contradictorios nos llevan a resaltar la necesidad de seguir investigando este aspecto debido a que, si realmente las mujeres tienen más problemas para mantenerse abstinentes que los hombres, el diseño de los tratamientos para dejar de fumar y la prevención de la recaída deberían llevarse a cabo teniendo en cuenta la perspectiva de género (Bohadana et al., 2003).

Es en este contexto en el que se plantea el presente estudio. El objetivo es analizar si existen diferencias en la curva de recaída entre hombres y mujeres que han logrado la abstinencia tras participar en un tratamiento psicológico cognitivo-conductual para dejar de fumar.

Tabla 1.

*Características sociodemográficas y de consumo de tabaco de la muestra de fumadores (N = 266).*

	n	%	Media	D.T.
<b>Características sociodemográficas</b>				
Edad			41.2	10.8
Sexo				
Hombre	107	40.2		
Mujer	159	59.7		
Estado civil				
Soltero	93	35.0		
Casado/ en pareja	141	53.0		
Separado/ divorciado	28	10.5		
Viudo	4	1.5		
Nivel de estudios				
Básicos	59	22.2		
Medios	84	31.6		
Superiores	122	45.9		
<b>Características del consumo de tabaco</b>				
Nº de cigarrillos/día			19.5	7.0
Años que lleva fumando			22.7	10.3
FTND				
Dependencia ( $\geq 6$ )	99	37.2		
No dependencia ( $< 6$ )	167	62.8		

Nota. FTND = Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo formada por 266 fumadores (59.8 % mujeres) con una media de edad de 41.2 años (*D.T.* = 10.8) que participaron en un tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar y que consiguieron la abstinencia al final del mismo. Las características sociodemográficas y de consumo de tabaco de los participantes se encuentran en la Tabla 1. Todos ellos solicitaron tratamiento para dejar de fumar en la Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Para la selección de la muestra se realizaron diversas comunicaciones a la prensa, se colocaron carteles informativos en distintos centros de salud, a través de otros fumadores que habían acudido previamente al tratamiento o debido a la remisión por parte de su médico de atención primaria u otros servicios del sistema sanitario. Los criterios de inclusión en el presente estudio fueron: tener 18 años o más; deseo de participar voluntariamente en el programa; presentar un consumo mínimo de 10 o más cigarrillos diarios antes del inicio del tratamiento;

cumplimentar debidamente todos los cuestionarios de la evaluación pretratamiento y dejar de fumar al final del mismo (se consideró abstinente a todo aquel participante que no había fumado en las 24 horas previas a la última sesión de tratamiento). Los criterios de exclusión fueron: tener un diagnóstico de trastorno mental grave (trastorno bipolar y/ o trastorno psicótico); presentar dependencia concurrente de otras sustancias (alcohol, cannabis, cocaína y/o heroína); fumar tabaco de liar, puros o puritos; haber participado en el mismo tratamiento u otro tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar durante el año previo; haber recibido otro tipo de tratamiento eficaz para dejar de fumar en el último año (terapia sustitutiva de nicotina, bupropión, vareniclina), padecer alguna patología que implicase un alto riesgo vital para la persona que precisase una intervención inmediata en formato individual (e.g., infarto de miocardio reciente, neumotórax, etc.) y no acudir a la primera sesión de tratamiento en grupo.

## Instrumentos de evaluación

*Cuestionario del hábito de fumar* (Becoña, 1994). Se trata de un cuestionario compuesto de 59 ítems que analizan variables sociodemográficas y varios aspectos de la historia y de la conducta de consumo de tabaco (número de cigarrillos diarios, número de años fumando, etc.).

*Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina* (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991; adaptación al castellano de Becoña y Vázquez, 1998). Es un cuestionario de seis ítems en los que se puntúan entre cero y uno los ítems de sí/ no y de cero a tres los ítems con opciones múltiples. Una puntuación igual o superior a seis se considera un indicador de dependencia de la nicotina (Fagerström y Furberg, 2008).

Evaluación del estatus de fumador/no fumador. El estatus de fumador/no fumador en los distintos momentos temporales fue autoinformado y con validación bioquímica. Para corroborar la abstinencia en aquellos casos que informaban no fumar, se empleó el Micro+ Smokerlyzer® (Bedfont Scientific Ltd, Sittingbourne, Reino Unido) para medir el monóxido de carbono en aire espirado (CO). En los seguimientos, se consideró como abstinentes a todo aquel participante que no había fumado en los siete días previos a la fecha del seguimiento almes, tres y en los 30 días previos al seguimiento de seis y 12 meses (Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992). Además del autoinforme de abstinencia, se requería la confirmación bioquímica mediante la evaluación de CO, cuyo valor debía de ser menor de 10 partículas por millón –p.p.m.– (West, Hajek, Stead y Stapleton, 2005).

## Procedimiento

Tras realizar la demanda de tratamiento, se llevó a cabo una evaluación pretratamiento en la que se administraron los instrumentos descritos previamente. Todos los fumadores dieron su consentimiento informado para su participación y el estudio fue

autorizado por el Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

Después de la evaluación inicial, los participantes comenzaron el tratamiento denominado *Programa para Dejar de Fumar* (Becoña, 2007). Se trata de un programa estandarizado y manualizado compuesto por seis sesiones (una por semana) administradas en grupos formados por 4-10 participantes, asignados de acuerdo con su disponibilidad horaria. Es un tratamiento exclusivamente psicológico en el que no se utiliza ningún tipo de tratamiento farmacológico. Está compuesto de los siguientes elementos: contrato de tratamiento, autorregistro y representación gráfica del consumo de cigarrillos, información sobre el tabaco, control de estímulos, actividades para evitar el síndrome de abstinencia, feedback fisiológico del consumo (CO en aire espirado) de cigarrillos, desvanecimiento (cambio de la marca de cigarrillos cada semana para reducir progresivamente la ingesta de nicotina y alquitrán) y estrategias de prevención de la recaída.

Después de finalizar el tratamiento se realizaron seguimientos al mes, tres, seis y 12 meses. Aquellos participantes que no fueron localizados fueron considerados fumadores al mismo nivel (en términos de número de cigarrillos y de contenido de nicotina) que en la evaluación pretratamiento, de modo que todos los participantes que acudieron a la primera sesión del tratamiento fueron incluidos en el análisis final. Este es el denominado criterio de “intención de tratar”, en el que se consideran todos los participantes que acudieron al menos a una sesión de tratamiento, siendo el método recomendado en los estudios sobre los tratamientos para dejar de fumar (West et al., 2005).

## Análisis de datos

Para determinar las características de la muestra, llevamos a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco. Para comparar a hombres y mujeres en las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco se utilizó el estadístico chi cuadrado con la corrección de Bonferroni ( $p \leq .025$  para la variable “FTND”;  $p \leq .016$  para la

Tabla 2

*Características sociodemográficas y de consumo de tabaco en función del sexo*

	Hombres (n = 107)	Mujeres (n = 159)	$\chi^2/t$
<i>Características sociodemográficas</i>			
Edad	42.3 (12.0)	40.5 (9.9)	1.32
Estado civil			
Soltero	33 (30.8)	60 (37.7)	7.684
Casado/ en pareja	66 (61.7)	75 (47.2)	
Separado/ divorciado	6 (5.6)	22 (13.8)	
Viudo	2 (1.9)	2 (1.3)	
Nivel de estudios			
Básicos	29 (27.1)	30 (18.9)	5.87
Medios	38 (35.5)	46 (28.9)	
Superiores	40 (37.4)	83 (52.2)	
<i>Características del consumo de tabaco</i>			
Nº de cigarrillos/día	20.9 (7.8)	18.6 (6.3)	2.76*
Años que lleva fumando	23.5 (10.9)	22.2 (9.9)	1.01
FTND			
Dependencia ( $\geq 6$ )	38 (64.5)	61 (61.6)	.22
No dependencia ( $< 6$ )	69 (35.5)	98 (38.4)	

Nota. FTND = Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström. Se indican medias (D.T.) para las variables continuas y frecuencias (porcentajes) para variables categóricas. \*  $p < .05$ .

variable “Nivel de estudios”;  $p \leq .0125$  para la variable “Estado civil”) para las variables categóricas, y el estadístico t de Student para las variables continuas. Se calculó la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada menor de cinco.

Para evaluar las diferencias entre fumadores y abstinentes en función del sexo al final del tratamiento y en los seguimientos al mes, tres, seis y 12 meses, empleamos el estadístico chi-cuadrado de Pearson.

Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 20. El nivel de significación establecido fue  $p \leq .05$ .

## Resultados

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a variables sociodemográficas y características del consumo de tabaco (Tabla 2), únicamente se encontraron diferencias significativas en el número de cigarri-

los que fuman al día antes de iniciar el tratamiento para dejar de fumar ( $t = 2.76$ ;  $p \leq .01$ ). La media de cigarrillos que fumaban las mujeres antes de iniciar el tratamiento era inferior a la de los hombres (18.6 vs. 20.9 cigarrillos/día respectivamente).

De las 266 personas que participaron en el presente estudio, el 29.3 % ( $n = 78$ ) recayeron durante el primer mes. El porcentaje de recaídas ascendió hasta el 39.1 % ( $n = 104$ ) en el seguimiento de tres meses y hasta el 47.7 % ( $n = 127$ ) a los seis meses de haber finalizado el tratamiento. Un año después, el porcentaje de recaídas fue del 55.3 % ( $n = 147$ ). En la Figura 1 se recoge la curva de la recaída para el total de la muestra entre el primer mes y los 12 meses tras finalizar el tratamiento. Como se puede observar, a medida que aumenta el tiempo transcurrido tras la intervención clínica, disminuye el porcentaje de participantes abstinentes.

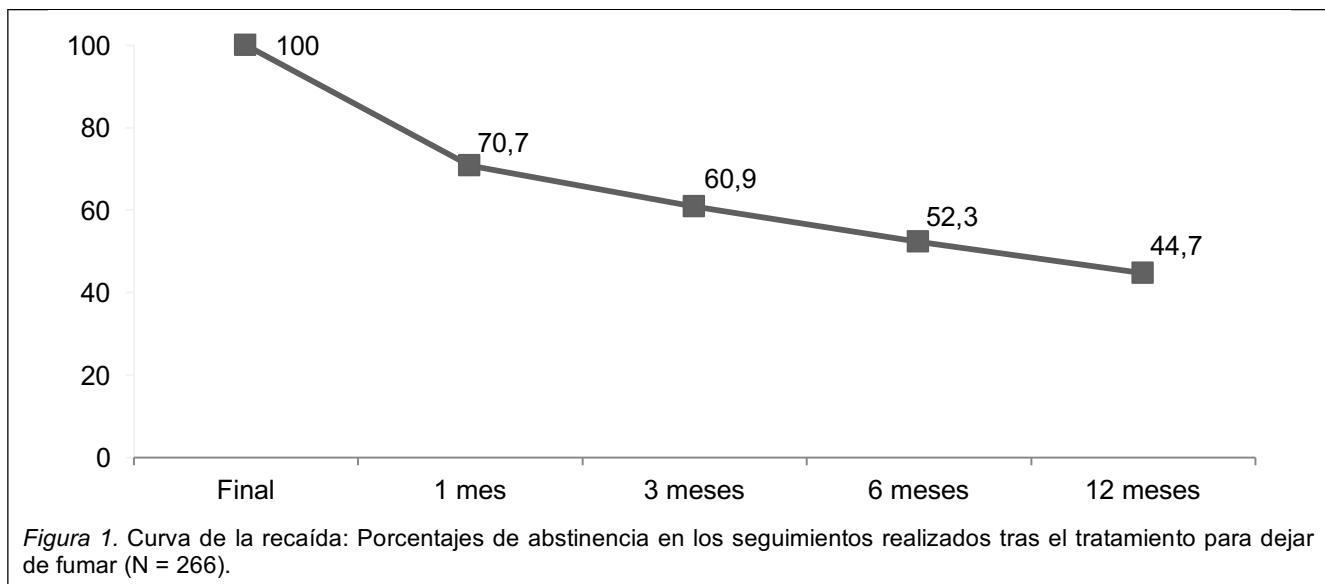


Figura 1. Curva de la recaída: Porcentajes de abstinencia en los seguimientos realizados tras el tratamiento para dejar de fumar (N = 266).

Al analizar la curva de recaída en función del sexo (Figura 2), no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los períodos temporales evaluados.

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar si existían diferencias significativas en la curva de recaída entre hombres y mujeres que habían dejado de fumar tras

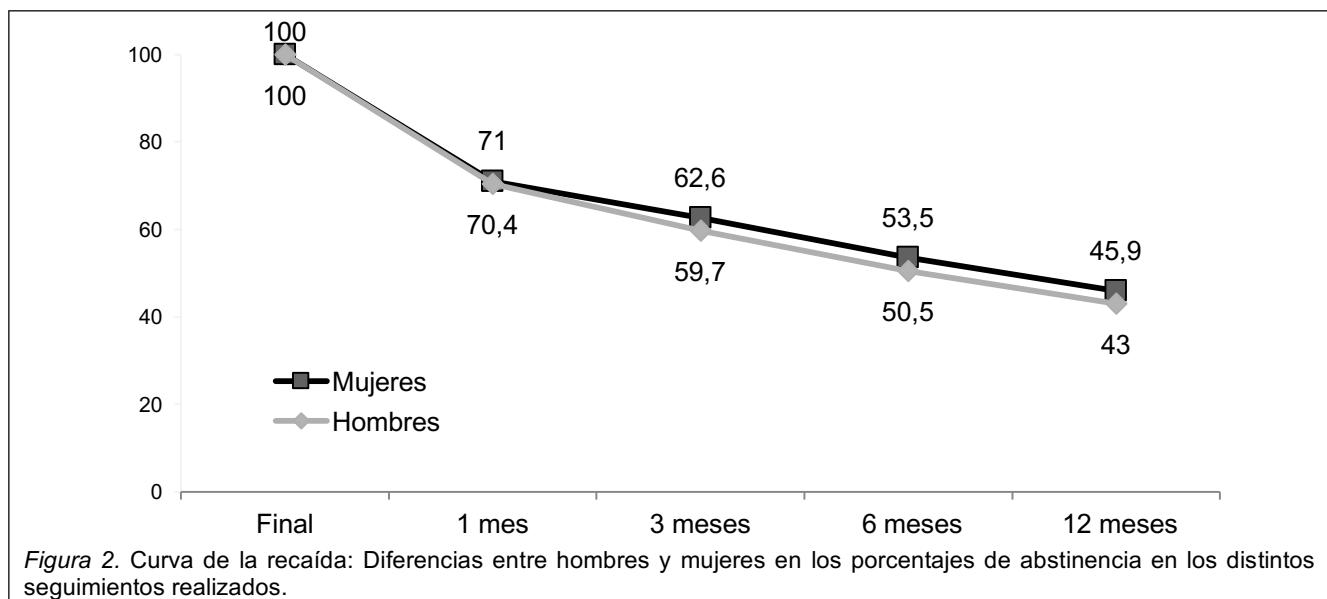


Figura 2. Curva de la recaída: Diferencias entre hombres y mujeres en los porcentajes de abstinencia en los distintos seguimientos realizados.

participar en un tratamiento psicológico cognitivo-conductual. En general, los resultados muestran que un importante porcentaje de las recaídas en el consumo de tabaco se producen en los primeros tres meses tras el abandono, disminuyendo este porcentaje a medida que aumenta el tiempo tras finalizar el tratamiento. Kirshenbaum et al. (2009) encontraron resultados similares en una revisión de estudios sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco, en la que concluyen que la probabilidad de recaer es mayor durante los 70 primeros días después del abandono, a partir de los cuales el riesgo de recaída se reduce notablemente. Resultados semejantes se encontraron en Míguez y Becoña (2008).

En relación a las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco, únicamente hemos encontrado diferencias en el número de cigarrillos fumados al día antes de empezar el tratamiento. Al igual que apuntan estudios previos como el de Grunberg et al. (1991), las mujeres fuman una menor cantidad diaria de cigarrillos que los hombres.

Respecto a la recaída en función del sexo, en el presente estudio no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los períodos temporales evaluados (1, 3, 6 y 12 meses). Este resultado va en la línea de estudios como el de Gritz et al. (1998), en el que, tras un seguimiento de dos años y medio a 12313 hombres y 5523 mujeres que habían recibido tratamiento para dejar de fumar, no hallaron diferencias en la recaída en función del sexo. Resultados semejantes fueron encontrados por Gonzales et al. (2002), quienes, tras un seguimiento de 45 semanas, no hallaron diferencias en la recaída entre hombres y mujeres.

Por el contrario, otros estudios sí han encontrado que las mujeres tienen una mayor probabilidad de recaer en el consumo de tabaco que los varones (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003; Ward et al., 1997; Wetter et al., 1999). Entre las posibles causas, los autores apuntan a que las mujeres fumadoras tendrían una mayor dependencia conductual que los hombres (Bohadana et al., 2003) y que ellas utilizarían el tabaco para controlar el estrés y el peso (Ferguson et al., 2003).

En este sentido, es posible que la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres en los

resultados del presente estudio pueda deberse al tipo de tratamiento para dejar de fumar que han recibido los participantes. El Programa para Dejar de Fumar (Becoña, 2007) incluye un entrenamiento específico del fumador en distintas estrategias para el manejo del estado de ánimo, solución de problemas, control de peso, manejo de la ansiedad, etc. Es posible que las mujeres participantes en este tratamiento se beneficien especialmente de estas técnicas psicológicas, haciendo que tengan una menor probabilidad de recaída que cuando reciben tratamientos centrados en el abordaje de la dependencia física de la nicotina (e.g., terapia sustitutiva de nicotina).

El presente estudio no se encuentra exento de limitaciones. Entre ellas, debemos señalar que se trata de una muestra de fumadores que recibieron tratamiento psicológico para dejar de fumar, lo que limita la generalización de los resultados a la población general. En la actualidad sabemos que las personas que acuden a un tratamiento para dejar de fumar presentan características diferentes a las de los fumadores de la población general (Le Strat, Rehm y Le Foll, 2011), como son una mayor dependencia de la nicotina y mayor presencia de psicopatología (Becoña, López-Durán, Fernández del Río y Martínez, 2014). Además, el tamaño muestral es relativamente pequeño, por lo que sería importante realizar estudios en el futuro con muestras más amplias.

A pesar de las limitaciones señaladas, el presente estudio aporta información muy relevante tanto en el ámbito de la recaída como en el del tratamiento psicológico para dejar de fumar. Los resultados obtenidos confirman que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar son eficaces y funcionan por igual en hombres y en mujeres. De hecho, un estudio reciente realizado en este mismo contexto (Rodríguez-Cano et al., 2016) ha revelado que la sintomatología depresiva mejora significativamente a medida que se consolida la abstinencia, mientras que dichos síntomas se incrementan cuando el fumador recae en el consumo de tabaco. Por ello, teniendo en cuenta que la recaída es un fenómeno frecuente en el tratamiento de la dependencia del tabaco, debemos centrar nuestros esfuerzos en incluir técnicas psicológicas específicas dirigidas, por ejemplo, a afrontar de manera eficaz algunos de los desencadenantes más frecuentes de una recaída. Tal es el caso de los estados emocionales

negativos (ira, frustración, depresión, ansiedad) o la presión social hacia el consumo (Piñeiro y Becoña, 2013), especialmente en los primeros meses tras el abandono, pues la evidencia ha demostrado que constituyen el periodo más crítico para la recaída (Hughes et al., 2004; Míguez y Becoña, 2008).

## Referencias

- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid, España: Debate.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar*. Vigo, España: Nova Galicia.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez-Vispo, C. y Rodríguez-Cano, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35, 161-168.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Martínez, U. (2014). Changes in the profile of Spanish smokers and in the efficacy of smoking cessation treatment (2001-2010). *BMC Public Health*, 14(613), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-613>
- Becoña, E., Míguez, M. C., Fernández del Río, E. y López, A. (2010). El tratamiento psicológico de los fumadores. En E. Becoña (Ed.), *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos* (pp. 43-60). Madrid, España: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Bohadana, A., Nilsson, F., Rasmussen, T. y Martinet, Y. (2003). Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: Influence of baseline smoking behavior. *Nicotine & Tobacco Research*, 5, 111-116. <http://dx.doi.org/10.1080/1462220021000060482>
- Brandon, T. H., Virdine, J. I. y Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455>
- Etter, J. F. y Stapleton, J. A. (2006). Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: A meta-analysis. *Tobacco Control*, 15, 280-285. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.015487>
- Fagerström, K. O. y Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103, 841-845. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02190.x>
- Ferguson, J., Bauld, L., Chesterman, J. y Judge, K. (2005). The English smoking treatment services: One-year outcomes. *Addiction*, 100, 59-69. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01028.x>
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M. y Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28, 1203-1218. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00260-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00260-5)
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... y Wewers, M. E. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Gonzales, D., Bjornson, W., Durcan, M. J., White, J. D., Johnston, A. y Buist, S. (2002). Effects of gender on relapse prevention in smokers treated with bupropion

- SR. *American Journal of Prevention Medicine*, 22, 234-239. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00419-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00419-1)
- Gritz, E. R., Thompson, B., Emmons, K., Ockene, J. K., McLellan, D. F. y Nielsen, I. R. (1998). Gender differences among smokers and quitters in the Working Well Trial. *Preventive Medicine*, 27, 553-561. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1998.0325>
- Grunberg, N. E., Winders, S. E. y Kawers, M. E. (1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychology*, 10, 143-153. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.10.2.143>
- Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K. y Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108, 1711-1721. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12291>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hernández-García, I., Sáenz-González, M. C. y González-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Actas del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Hughes, J. R., Keely, J. y Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99, 29-38. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00540.x>
- Hunt, W. A., Barnett, L. y Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Jensvold, M. F., Hamilton, J. A. y Halbreich, U. (1996). Future research directions: Methodological considerations for advancing gender-sensitive statistics. En M. F. Jensvold, U. Halbreich y J. A. Hamilton (Eds.), *Psychopharmacology and women: Sex, gender, and hormones* (pp. 11-42). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kirshenbaum, A. P., Olsen, D. M. y Bickel, W. K. (2009). A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 8-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2008.04.001>
- Le Strat, Y., Rehm, J. y Le Foll, B. (2011). How generalisable to community samples are clinical trial results for treatment of nicotine dependence: a comparison of common eligibility criteria with respondents of a large representative general population survey. *Tobacco Control*, 20, 338-343. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2010.038703>
- McKee, S. A., Maciejewski, P. K., Falba, T. y Mazure, C. M. (2003). Sex differences in the effects of stressful life events changes in smoking status. *Addiction*, 98, 847-855. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00408.x>
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008). Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial of a self-help program. *Addictive Behaviors*, 33, 1369-1374. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.015>
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. M., Senger, C. A., Fortmann, S. P. y Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacological interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A review of reviews for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163, 608-621. <http://dx.doi.org/10.7326/M15-0171>
- Perkins, K. A. (1996). Sex differences in nicotine versus non-nicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 166-177.

- Perkins, K. A., Donny, E. y Caggiula, A. R. (1999). Sex differences in nicotine effects and self-administration: Review of human and animal evidence. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 301-315.
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26, 196-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.007>
- Piñeiro, B. y Becoña, E. (2013). Relapse situations according to Marlatt's Taxonomy in smokers. *Spanish Journal of Psychology*, 16(e91), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.91>
- Piñeiro, B., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U. y Becoña, E. (2013). Gender differences in personality patterns and smoking status after a smoking cessation treatment. *BMC Public Health*, 13, 306. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-306>
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú. y Becoña, E. (2016). Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12-months follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 191, 94-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.042>
- Schlam, T. R. y Baker, T. B. (2013). Interventions for tobacco smoking. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 675-702. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185602>
- Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacological interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U. S. Preventive Services Task Force Recommendations Statement. *Annals of Internal Medicine*, 163, 622-634. <http://dx.doi.org/10.7326/M15-2023>
- U. S. Department of Health and Human Services (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- Ward, K. D., Klesges, R. C. y Zbikowski, S. M. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive Behaviors*, 22, 521-533. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00063-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00063-9)
- West, R., Hajek, P., Stead, L. y Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100, 299-303. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.00995.x>
- Wetter, D. W., Kenford, S. L., Smith, S. S., Fiore, M. C., Jorenby, D. E. y Baker, T. B. (1999). Gender differences in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 555-562. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.555>
- World Health Organization (2013). *Media centre*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

## RELAPSE IN SMOKERS WHO QUIT WITH A PSYCHOLOGICAL TREATMENT: A GENDER ISSUE?

ÚRSULA MARTÍNEZ, ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO,  
ANA LÓPEZ-DURÁN, RUBÉN RODRÍGUEZ-CANO,  
CARMELA MARTÍNEZ-VISPO Y ELISARDO BECOÑA

### EXTENDED SUMMARY

#### Introduction

Although the prevalence of daily smokers has decreased in all developed countries due to a great variety of factors, smoking remains the leading preventable cause of morbidity and mortality world wide. In Spain tobacco use is directly responsible for 58.573 deaths annually, which represents the 16.15 % of all deaths that occur each year (Hernández-García et al., 2010).

Currently, we have several effective treatments for smoking cessation including pharmacotherapy, self-help materials, counseling and psychological treatments, which are the first choice in the therapeutic approach of nicotine dependence (Becoña, Miguez, López, & Fernández del Río 2010; Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Lancaster and Cahill, 2013; Patnode et al., 2015; Schlam and Baker, 2013; Siu, 2015). Although several studies support the efficacy, effectiveness and efficiency of smoking cessation treatments, relapse still is a common phenomenon among those who achieved abstinence (Becoña et al., 2010; Piasecki, 2006).

Regarding the differences between men and women in smoking behavior, previous research found that women, compared to men, use tobacco for mood management and for appetite and weight control (Jensvold, Hamilton, & Halbreich, 1996). Moreover, women tend to smoke fewer cigarettes per day, inhale less deeply and

prefer brands with less nicotine content (Grunberg, Winders and Wewers, 1991). About gender differences in relapse, the results of previous research are inconclusive. While some studies have found that men are more likely to remain abstinent than women (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003) others did not find significant differences (Gonzales et al., 2002; Gritz et al., 1998). This highlights the need to further investigate the role of gender in the relapse process because if it is true that women have more trouble than men to stay abstinent, the design of treatments for smoking cessation and relapse prevention should take gender into account (Bohadana et al., 2003).

The aim of this study was to analyze whether there were differences in the relapse curve according to gender in men and women who participated in a cognitive-behavioral smoking cessation treatment.

#### Method

The sample was composed of 266 individuals (59.8 % women) who were abstinent at the end of a psychological treatment to quit smoking at the Smoking Cessation and Addictive Disorders Unit at the Faculty of Psychology of the University of Santiago de Compostela (Spain). The smokers were selected according to the following inclusion criteria: age 18 or over, a wish to participate in the treatment programme, smoking  $\geq 10$  cigarettes per day, and having completed all the questionnaires in the pretreatment assessment. Exclusion criteria were: diagnosis of a

severe mental disorder (bipolar disorder and/or psychotic disorder), concurrent dependence on other substances, having received the same treatment programme or another effective treatment for smoking cessation (nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline) during the previous year, suffering from a physical pathology with a high life risk which would require immediate individual intervention (e.g., recent myocardial infarction), smoking tobacco other than cigarettes (e.g., cigars), and failing to attend the first treatment session.

Before starting treatment, all the smokers completed the 56-item Smoking Habit Questionnaire (Becoña, 1994), designed to gather information on sociodemographic variables (gender, age, marital status, educational level) and tobacco use (i.e., number of cigarettes smoked per day). Information related nicotine dependence was obtained through the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991; in its validated Spanish version by Becoña & Vázquez, 1998), using a cut-off point of 6 or more.

To assess smoking status (smoker/non-smoker) at the end of treatment and at 1, 3, 6 and 12 month follow-ups we used self-report abstinence corroborated through the measure of carbon monoxide in expired air (CO) using the Micro IV Smokerlyzer (Bedfont Technical Instruments Ltd, Sittingbourne, Kent, UK).

During the pretreatment assessment a face-to-face interview was conducted and the above described instruments were administered. All the smokers gave their informed consent for participation, and the study was authorized by the Bioethics Committee of the University of Santiago de Compostela.

After the initial assessment the participants started the Smoking Cessation Program (Becoña, 2007). It is a standardized and manualized cognitive-behavioral treatment composed of 6 sessions in groups of 4-10 smokers. After treatment face-to-face follow-ups at 1, 3, 6 and 12 months were conducted. Those participants

who were not located were considered to be smokers at the same level (in terms of number of cigarettes and nicotine content) as in pretreatment assessment (West et al., 2005).

All statistical analyses were performed using the software SPSS version 20. The significance level was set at  $\leq .05$ . In order to determine sample characteristics, we carried out descriptive statistical analyses. To test the difference between women and men, we used Pearson's  $\chi^2$  statistic for numerical variables and Student t test for quantitative variables.

## Results

During the period under review, there have been in terms of sociodemographic and smoking characteristics, we only found significant differences in the number of cigarettes smoked per day before starting treatment ( $t = 2.76$ ;  $p \leq .01$ ). Women reported smoking fewer cigarettes/day than men in the pretreatment assessment –18.6 vs. 20.9 cigarettes/day, respectively—(Table 2).

Of the 266 participants, 29.3 % ( $n = 78$ ) relapsed during the first month. The relapse rate was 39.1 % ( $n = 104$ ) in the three months' follow-up and 47.7 % ( $n = 127$ ) at six months after the end of treatment. A year later, the relapse rate was 55.3 % ( $n = 147$ ). When analyzing the relapse curve based on gender (Figure 2), no significant differences were found in any of the time points assessed.

## Discussion

In general, the results show that a significant percentage of relapses occur during the first three months after quitting smoking, and as time after treatment increases, the percentage of participants who remain abstinent decreases. Kirshenbaum et al. (2009) in a review about nicotine dependence treatment found similar results and they concluded that the likelihood of relapse is greater during the first 70 days

after quitting. Similar results were found in Míguez and Becoña (2008).

Regarding sociodemographic and smoking variables, we only found significant differences between men and women in the number of cigarettes smoked per day before treatment. Our results are consistent with previous studies (Grunberg et al., 1991) that indicated that women smoke less cigarettes per day than men.

No significant differences were found between men and women in the relapse curve. This result is in line with studies like that of Gritz et al. (1998), who did not find significant differences in relapse according to gender. These authors followed 12.313 men and 5.523 women during two and a half years after receiving a smoking cessation treatment. Similar results were found by Gonzales et al. (2002) in a 45 weeks follow up.

However, other studies found that women are more likely to relapse than men (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003; Ward et al, 1997; Wetter et al, 1999), and they suggest that women tend to have a higher behavioral dependence than men (Bohadana et al., 2003) and to use tobacco for stress management and weight control (Ferguson et al., 2003).

In this sense, it is possible that the absence of significant differences between men and women in the results of the present study is due to the type of smoking cessation treatment, which include effective psychological tools (strategies for mood and anxiety management, problem solving, weight control, etc.) to cope with some of the main causes of relapse. It is possible that women take special advantage of these psychological techniques, that may enable them to become less likely to relapse.

Some limitations of the present study should be noted. The results cannot be extrapolated to smokers in the general population, as smokers who seek

specialized treatment for smoking cessation tend to be qualitatively different from those who do not (Becoña, López-Durán, Fernández del Río, & Martínez, 2014; Le Strat, Rehm, & Le Foll, 2011). Moreover, the sample size is relatively small, so it would be important to use larger samples in future studies.

Among the strengths, this study provides very relevant information about the psychological treatment of smoking cessation and more specifically about smoking relapse. The results confirm that psychological treatments for smoking cessation are effective and work equally well for both men and women and highlight the importance of continuing the research on relapse prevention.

## RESPUESTAS FACIALES ANTE IMÁGENES DE ADVERTENCIA DE TABACO

## FACIALS ANSWERS TO TOBACCO WARNING IMAGES

M. A. MUÑOZ<sup>1</sup>, C. GANTIVA<sup>2</sup> Y L. F. CIRIA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Muñoz, M. A., Gantiva, C., y Ciria, L. F. (2016). Respuestas faciales ante imágenes de advertencia de tabaco [Facials answers to tobacco warning images]. *Acción Psicológica*, 13(1), 21-30. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17414>

### Resumen

En 2003, la Comisión Europea propuso una serie de advertencias visuales para ser incluidas en los embalajes de tabaco, con el objetivo de motivar a los fumadores a dejar de fumar y promover actitudes negativas hacia el tabaco. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de las advertencias sanitarias mediante autoinformes y medidas psicofisiológicas. Cincuenta sujetos sanos (19-23 años) visionaron un conjunto de treinta y seis imágenes de diferente contenido emocional y veinticuatro del banco de imágenes preventivas propuestas por la Comisión Europea. Se registró la actividad eléctrica de los músculos cigomático mayor y corrugador mientras los sujetos visionaban estas imágenes. A continuación, los participantes evaluaban las imágenes en las dimensiones de agradabilidad y

activación. Los resultados muestran una mayor actividad eléctrica del músculo corrugador ante la presentación de imágenes desagradables comparadas con advertencias desagradables incluidas en los paquetes de tabaco. Estos resultados sugieren que la campaña preventiva podría beneficiarse de imágenes preventivas más impactantes, promoviendo así la activación del sistema motivacional evitativo/defensivo.

**Palabras clave:** advertencias sanitarias antitabaco; motivación; emoción.

### Abstract

In 2003, the European Commission proposed a series of visual warnings to be included on the packaging of tobacco, with the target of motivating smokers to quit and promoting negative attitudes

**Correspondencia:** Miguel Ángel Muñoz. Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada.

**Email:** [mamunoz@ugr.es](mailto:mamunoz@ugr.es)

<sup>1</sup> Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, Granada (España).

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Bogotá (Colombia).

Recibido: 15 de enero de 2016.

Aceptado: 22 de marzo de 2016.

toward tobacco. The aim of this study was to evaluate the impact of health warnings by self-report and psychophysiological measures. Fifty healthy subjects (19-23 years) visualized thirty-six images of different emotional content and twenty-four from the bank of preventative images of the European Commission. The electrical activity of the zygomatic major and corrugator muscles was recorded while subjects were visualizing these images. Participants evaluated the images in the dimensions of pleasantness and activation. The results show a major corrugator muscle electrical activity before the presentation of unpleasant images compared with unpleasant warnings on the packages of tobacco. These results suggest that preventive campaign could benefit from more shocking preventive images, promoting activation avoidant / defensive motivational system.

**Keywords:** anti-tobacco health warnings; motivation; emotion.

## Introducción

El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas a la salud pública mundial, actualmente se considera que muere un promedio de 6 millones de personas al año por causas relacionadas con su consumo (WHO, 2012). Esto ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a desarrollar un grupo de seis medidas para la reducción de la demanda denominadas MPOWER (por sus siglas en inglés) con el objetivo de contrarrestar el efecto y prevenir el inicio del consumo o su abandono (Mackay, Bettcher, Minhas y Schotte, 2012).

Durante años las industrias tabacaleras han utilizado los medios de comunicación y la publicidad para promocionar el consumo de tabaco e incitar a las personas a fumar (Anderson, Glantz y Ling, 2005; Gilpin, White, Messer y Pierce, 2007; Moodie y Hasting, 2011). Entre estas estrategias de publicidad, la industria tabacalera ha usado imágenes altamente agradables para asociar el consumo de tabaco a situaciones positivas como eventos

deportivos, conciertos o situaciones relajantes. Sin embargo, desde la promulgación de las leyes que regulan las campañas de difusión del consumo de tabaco y propaganda, la publicidad se ha concentrado en los paquetes de cigarrillo, haciéndolos más atractivos visualmente, mejorando la imagen de la marca o incluso manipulando la forma del embalaje (Wakefield, Morley, Horan y Cummings, 2002). El uso de advertencias en forma de texto busca disminuir la respuesta de placer o agrado que se experimenta cuando se observa la cajetilla de cigarillos e informar sobre las consecuencias negativas del consumo de tabaco (WHO, 2005). Aunque diversos estudios han demostrado que advertencias en los paquetes de cigarrillos producen una reducción del consumo de tabaco (Borland, 1997; Hammond et al., 2006), se ha argumentado que únicamente texto no puede captar adecuadamente la atención del individuo para que el mensaje sea procesado. Como consecuencia, en 2003, la Comisión Europea desarrolló una serie de advertencias en forma de imágenes para ser utilizadas en los paquetes de tabaco. Las imágenes de advertencia muestran el impacto negativo del consumo de tabaco mediante imágenes impactantes, y pretenden promover conductas de rechazo hacia el consumo (Farrelly et al., 2008). Esta estrategia ha demostrado ser efectiva para un amplio grupo de personas (Borland et al., 2009; Hammond, Reid, Driezen y Boudreau, 2013; Hammond et al., 2012; Thrasher et al., 2012), particularmente aquellas que han iniciado recientemente la conducta de fumar y aquellas que están interesadas en abandonarlo, especialmente cuando las imágenes de advertencia son muy visibles y señalan los efectos negativos del consumo de tabaco (Hammond, Fong, McNeill, Borland y Cummings, 2006).

El estudio de la respuesta emocional hacia las imágenes de advertencia se ha limitado, por lo general, al uso de encuestas y grupos focales (Hammond, 2011), los resultados de estas investigaciones muestran que las imágenes son más efectivas para comunicar el mensaje de daño y peligro en comparación a cuando sólo se usa el mensaje en texto (Vardavas, Connolly, Karamanolis y Kafatos, 2009) y que los fumadores reportan algún grado de miedo, asco o ira ante las imágenes de advertencia, y que las emociones de miedo y asco se asocian a la disminución del consumo de tabaco posteriormente (Hammond, Fong, McDonald, Brown y Cameron, 2004).

Una de las metodologías más sólidas para el estudio de la respuesta emocional ante imágenes es la desarrollada por Lang (1995) a través del paradigma de visualización de imágenes afectivas. Los estudios desarrollados bajo este método han demostrado que las imágenes afectivas con alta valencia apetitiva generan alto arousal lo que se asocia a conductas de aproximación, las imágenes con alta valencia aversiva también generan alto arousal y se asocian a conductas de evitación o escape y las imágenes con valencia neutral generan un bajo arousal (Bradley, Codispoti, Cuthbert y Lang, 2001; Lang, Bradley y Cuthbert, 2008). A través de esta metodología se han realizado dos estudios que han evaluado la respuesta emocional ante las imágenes de advertencia. Nascimiento et al. (2008) evaluaron las imágenes de advertencia utilizadas en Brasil e identificaron que las imágenes eran clasificadas desde neutrales hasta muy aversivas, pero no generaban alto arousal, lo que es fundamental para desarrollar conductas de evitación. Muñoz et al. (2013), evaluaron las imágenes de advertencia en Europa y encontraron que el 83 % de las imágenes eran evaluadas desde moderadamente aversivas hasta muy aversivas y el 17 % eran evaluadas como apetitivas. Sin embargo, estos resultados no han sido contrastados con medidas objetivas para el estudio de la emoción. Estudiar la respuesta psicofisiológica ante estos estímulos, facilitaría conocer la respuesta emocional y motivacional ante las imágenes de advertencia, permitiría mejorar las estrategias preventivas.

La electromiografía (EMG) facial ha demostrado su utilidad para estudiar la respuesta emocional ante estímulos afectivos de manera objetiva, incluso cuando la activación es tan baja que no es perceptible a simple vista (Cacioppo y Tassinary, 1990). Numerosas investigaciones (Bradley, Codispoti, Cuthbert y Lang, 2001; Dimberg, Andréasson y Thunberg, 2011) han demostrado que la actividad muscular facial durante la percepción de imágenes correlaciona de forma significativa con las estimaciones de los participantes sobre la agradabilidad de los estímulos. Así, la actividad del músculo corrugador (que interviene el fruncimiento de las cejas) se incrementa linealmente con la desagradabilidad de los estímulos; mientras que la actividad del músculo cigomático (implicado en la sonrisa) se incrementa ligeramente con la agradabilidad de los estímulos.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el impacto de las imágenes de advertencias propuestas por la Comisión Europea para ser incluidas en los empaquetados de tabaco. Para ello, las imágenes serán puntuadas en las dimensiones de valencia y arousal, además de emplear medias objetivas psicofisiológicas, como son las expresiones faciales de los músculos corrugador y cigomático al ver las imágenes.

## Método

### Participantes

Cincuenta estudiantes universitarias con edades comprendidas entre los 19 y los 23 años (*media* = 22.02, *SD* = 3.08) participaron en este estudio. Todas las participantes eran estudiantes de la Universidad de Granada, y ninguna tomaba medicación o presentaba problemas de salud. El estudio fue aprobado por la comisión de ética en la investigación de la Universidad de Granada.

### Estímulos y adquisición

Se emplearon un total de 36 imágenes pertenecientes al Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS; Lang et al., 2008) y 24 imágenes propuestas por la comisión europea ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/com\\_1452\\_a\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/com_1452_a_en.pdf)). Las imágenes del IAPS fueron seleccionadas de la validación española<sup>1</sup> (Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), escogiendo 12 agradables (valores de valencia entre 6.01 y 9 y arousal por encima de 6), 12 desagradables (valores en valencia entre 1 y 4; arousal por encima de 6) y 12 neutrales (valencia entre 4.01 y 6; arousal por debajo de 6). Las

<sup>1</sup> Imágenes del IAPS seleccionadas: 4652, 4664, 4669, 4670, 8030, 8178, 8185, 8186, 8341, 8370, 8400, 8496, 7000, 7004, 7009, 7025, 7035, 7040, 7060, 7080, 7100, 7170, 7175, 7235, 3010, 3030, 3060, 3061, 3062, 3064, 3080, 3100, 3110, 3150, 3400, 9252.

imágenes preventivas fueron seleccionadas según las evaluaciones obtenidas en un estudio previo con población española (Muñoz et al., 2011). Se excluyeron las advertencias de tabaco sin imágenes, seleccionándose 12 imágenes desagrabables (valores en valencia entre 1 y 4; arousal por encima de 6) y 12 neutras (valencia entre 4.01 y 6; arousal por debajo de 6). No fue posible seleccionar 12 imágenes preventivas de tabaco, ya que entre las imágenes de advertencia no se encontraba ninguna con valoraciones en valencia tan altas. Además, se eliminaron palabras impresas, haciendo a estas imágenes indistinguibles de las de las imágenes del IAPS.

Las respuestas faciales a las imágenes de advertencia se registró mediante la actividad electromiográfica (EMG) del músculo cigomático mayor (implicado en la sonrisa) y el músculo corrugador superciliar (implicado en la respuesta de fruncir el ceño) (Tassinary & Cacioppo, 2000). La actividad EMG se registró colocando dos electrodos de miniatura de Ag/AgCl de 4mm de diámetro, adheridos mediante discos adhesivos desechables y llenados con gel de electrodo Biopac. La señal fue amplificada 5.000  $\mu$ voltos, y pre-filtrada con un filtro de paso bajo a 500 Hz y por un filtro de paso alto a 10 Hz. La tasa de muestreo fue 1.000 Hz. Para el registro de la señal se empleó un amplificador Biopac MP150 conectado a dos preamplificadores EMG 100 y registrada por el software de registro AcqKnowledge 4.2.

*Self-Assesment Manikin (SAM; Lang, Bradley & Cuthbert, 1997).* Este instrumento proporciona puntuaciones entre uno y nueve mediante escalas pictográficas pertenecientes a las dimensiones de Valencia y Arousal. Cada dimensión es representada a través de cinco figuras: la escala de Valencia comprende desde una figura con una gran sonrisa hasta una figura con el ceño fruncido, mientras que la escala de Arousal comprende desde una figura agitada o nerviosa hasta una figura somnolenta o adormilada. Este método de evaluación subjetiva ha sido validado y ampliamente utilizado en la investigación de reactividad ante señales..

## Procedimiento

El reclutamiento de los sujetos experimentales fue realizado en las clases de psicología. El profesor/a proporcionaba información sobre el experimento, esto es, que implicaba registros psicofisiológicos, que duraría una sola sesión de laboratorio, que tenía carácter voluntario y que se compensaba con puntos en la asignatura. A continuación los estudiantes interesados, proporcionaban su nombre y número de contacto. Las personas interesadas en participar eran citadas telefónicamente de forma individual a una sesión experimental en el laboratorio de duración aproximada 60 minutos. Cada sesión de laboratorio, se dividió en tres fases:

1) *Fase pre-experimental.* En esta fase, el experimentador informaba a la participante del contenido de la sesión experimental y completaba su ficha personal mediante entrevista. Dicha entrevista incluía datos relativos a la edad, enfermedades pasadas y actuales, tratamiento farmacológico y/o psicológico, problemas visuales y/o auditivos, ejercicio físico, hábitos de fumar, ingesta de alcohol y/o consumo de otras drogas. Seguidamente, se procedía a la lectura de las instrucciones específicas del experimento y se requería su consentimiento firmado. Inmediatamente después, se procedía a colocar los diferentes sensores previamente preparados con los adhesivos y el gel electrolítico. Por último, se comprobaba que los registros eran correctos, se reducía la iluminación de la habitación experimental a un nivel de penumbra establecido previamente y cerraba la puerta dando comienzo la siguiente fase

2) *Fase experimental.* La tarea consistió en la visualización de cinco conjuntos (bloques) de 12 imágenes presentadas dos veces, con una duración de 3 segundos cada una. Los bloques estaban separados por una pantalla en negro con una duración de 20 segundos. El orden de presentación de los bloques se contrabalanceó mediante cuadrado latino. Durante la visualización de las imágenes, los participantes

permanecieron de pie, mirando una pantalla de 97 x 103 cm, localizada a 150 cm del sujeto con un ángulo de visión de 38° x 34°.

3) *Fase post-experimental.* Una vez finalizado el test psicofisiológico se retiraban los sensores y el experimentador explicaba cómo evaluar las imágenes mediante las escalas del SAM en las dimensiones de Valencia y Arousal. Durante esta evaluación se proyectaban de nuevo las imágenes en el mismo orden que en la fase experimental y permanecían proyectadas durante seis segundos con un intervalo entre imágenes de doce segundos.

### ***Preprocesamiento del EMG facial***

La actividad electromiográfica del músculo cigomático y corrugador fue procesada off-line a partir del segundo anterior a que comenzara cada bloque de imágenes, hasta los 20 segundos de duración. La señal del EMG directo fue corregida mediante la sustracción del valor promediado del segundo previo a la aparición del estímulo (línea base). A continuación la señal era rectificada e integrada para finalmente ser suavizada por el promedio de 10 muestras. A partir de esta señal, se obtuvo la actividad media de la ventana comprendida desde el inicio del bloque y los 20 segundos posteriores.

### ***Análisis estadístico***

Las dos escalas del SAM -Valencia y Arousal- se analizaron mediante un Análisis de Varianza con un factor entre grupos (Categoría de imagen) con 5 niveles (imágenes agradables, desagradables, neutrales, desagradables preventivas y neutras preventivas). El análisis de la respuesta electromiográfica del músculo corrugador y del cigomático consistió en un Análisis de Varianza con dos factores entre grupos (Categoría y Orden). En el caso de las medidas fisiológicas se aplicó la corrección

Greenhouse-Geisser. Todos los análisis fueron realizados empleando el programa de análisis estadístico SPSS 15.

## **Resultados**

El análisis de varianza en las puntuaciones de Valencia comparando las cinco categorías afectivas señaló la existencia de diferencias significativas ( $F_{4,59} = 165.86, p < .001$ ). El análisis de comparaciones planeadas aplicando la corrección de Bonferroni, señaló la existencia de diferencias significativas entre imágenes del IAPS agradables, neutrales y desagradables ( $ps < .01$ ) en la dimensión de Valencia. También se hallaron diferencias significativas entre las imágenes de advertencia neutrales y el resto de categorías afectivas a excepción de las imágenes del IAPS neutrales ( $p > .05$ ). Finalmente, las puntuaciones de las imágenes de advertencia desagradables, fueron significativamente diferentes a las puntuaciones en la dimensión valencia del resto de categorías afectivas. En general, tal y como esperábamos, las imágenes preventivas de tabaco neutrales fueron evaluadas con puntuaciones cercanas a las imágenes neutrales del IAPS (*media* = 4.9, *media* = 5.2, respectivamente; Tabla 1). Sin embargo, las imágenes preventivas de tabaco, a pesar de ser evaluadas con puntuaciones bajas en la dimensión valencia (*media* = 2.5), no fueron tan bajas como las puntuaciones de las imágenes desagradables pertenecientes al IAPS (*media* = 1.4; Tabla 1).

En relación a la dimensión arousal, el análisis de varianza señaló la existencia de diferencias entre las cinco categorías afectivas ( $F_{4,59} = 164.96, p < .001$ ). El análisis de comparaciones planeadas aplicando la corrección de Bonferroni, señaló la existencia de diferencias significativas entre imágenes del IAPS agradables, neutrales y desagradables ( $ps < .01$ ). Además, las imágenes de advertencia de tabaco (tanto neutrales como desagradables), fueron significativamente diferentes al resto de categorías, así como entre ellas ( $ps < .05$ ). En resumen, las imágenes de advertencia neutrales y desagradables fueron evaluadas con valores intermedios de activación (*media* = 3.79, *media* = 5.21 respectivamente; tabla 1).

Tabla 1

Media y desviación típica (Sd) en las escalas del SAM para cada categoría de imágenes.

	Valencia Media (Sd)	Arousal Media (Sd)
Agradables	7.11 (0.51)	6.29 (0.38)
Neutrales	5.2 (0.28)	2.37 (0.12)
Desagradables	1.4 (0.18)	7.06 (0.30)
Tabaco Neutrales	4.9 (1.07)	3.79 (0.61)
Tabaco Desagradables	2.5 (0.55)	5.21 (0.84)

El resultado del ANOVA 5 (Categorías) x 5 (Orden) de la actividad electromiográfica del corrugador mostró diferencias significativas en el factor Categoría ( $F_{4,180} = 19.23, p < .001$ ; Figura 1a). Las imágenes desagradables del IAPS producían una mayor activación del corrugador que las imágenes preventivas desagradables de tabaco ( $p < .01$ ) y neutrales de tabaco ( $p < .001$ ). Así mismo, la actividad del corrugador producido por las imágenes preventivas neutras fue menor que la actividad producida por las imágenes preventivas desagradables ( $p < .05$ ).

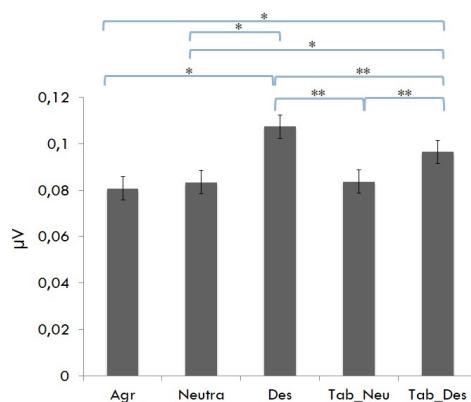
El resultado del ANOVA 5 (Categorías) x 5 (Orden) de la actividad electromiográfica del cigomático mostró diferencias significativas en el factor categorías ( $F_{4,45} = 3.904, p < .01$ ). El análisis post-hoc mostró diferencias marginalmente significativas entre las imágenes pertenecientes a la categoría Neutral respecto a las cate-

gorías Agradables ( $p < .08$ ) y Desagradables ( $p < .05$ ) (Figura 1b).

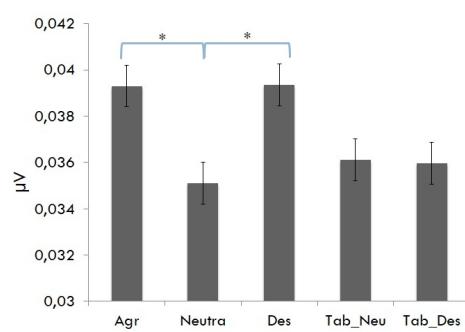
## Conclusiones

Los principales resultados obtenidos en este estudio, consistieron en que las evaluaciones en la dimensión valencia de las imágenes de advertencia tanto desagradables como neutrales fueron evaluadas como más desagradables que las imágenes agradables del IAPS, pero menos agradables que las imágenes desagradables del IAPS. Se hallaron diferencias en la actividad electromiográfica del músculo facial corrugador entre imágenes de advertencia neutrales y las imágenes de advertencia desagradables y las imágenes desagradables del IAPS. También se hallaron diferencias significativas entre las imágenes del IAPS

Actividad electromiográfica Corrugador



Actividad electromiográfica Cigomático



Figuras 1a y 1b. Actividad media de los músculos Corrugador y Cigomático en los bloques de imágenes.  
Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$ .

desagradables y las imágenes de advertencia desagradables. Finalmente, la actividad electromiográfica del músculo facial cigomático señaló la ausencia de diferencias significativas entre las imágenes de advertencia (neutrales y desagradables) con el resto de imágenes del IAPS. Así mismo, se hallaron diferencias significativas entre las imágenes del IAPS neutrales y las imágenes del IAPS agradables y desagradables.

Tal y como esperábamos, las diferentes categorías de imágenes del IAPS evaluadas mediante el SAM muestran el patrón típico señalado por otros autores (CITAS): altas puntuaciones en valencia y arousal para las imágenes agradables, bajas puntuaciones en valencia y altas en arousal para las imágenes desagradables y valores intermedios en valencia para las neutrales y bajas para la dimensión arousal.

En relación a las imágenes de advertencia el patrón también fue el esperado, las imágenes de advertencia neutrales fueron evaluadas con valores intermedios en la dimensión valencia y bajos para la dimensión arousal. Por otro lado, las imágenes de advertencia desagradables, obtuvieron valores en valencia afectiva bajos y en arousal intermedios. Según estos resultados, las imágenes seleccionadas por la comisión europea para ser insertadas en las cajetillas de tabaco se situarían en una recta que va desde neutra, hasta moderadamente desagradable, pudiéndose ajustar a la recta que se identifica con el sistema motivacional defensivo-aversivo (Lang, 1995). Este resultado confirma los hallazgos de investigaciones previas sobre la evaluación de las imágenes preventivas empleadas en las cajetillas de tabaco (Muñoz et al., 2013). Según estos, la campaña preventiva propuesta por la Comisión Europea podría beneficiarse de un mayor impacto negativo, aumentando la negatividad y el arousal que inducen.

La actividad electromiográfica de los músculos faciales, parecen confirmar estos resultados. La actividad del músculo cigomático ha sido identificada con emociones positivas como las generadas ante

imágenes agradables (Bradley, Codispoti, Sabatinelly y Lang 2001; Miller, Patrick y Levenston 2002). En nuestro estudio, como cabría esperar, las imágenes agradables provocaron altos niveles de activación comparadas con las neutrales de IAPS. Sin embargo, la activación del músculo cigomático ante las imágenes desagradables del IAPS, fue también significativa cuando se comparaba con las imágenes neutras del IAPS. En ninguno de los casos, las imágenes agradables o desagradables del IAPS mostraron diferencias con las imágenes neutrales o desagradables de la campaña preventiva. Sorprendentemente, la actividad del cigomático antes imágenes agradables y desagradables del IAPS, no mostró diferencias significativas. Este resultado aparentemente contradictorio puede ser resuelto al observar las respuestas electromiográficas del corrugador. Según los análisis, las imágenes desagradables provocaron mayor activación que las imágenes neutras o agradables. Estos resultados podrían indicar que las imágenes del IAPS desagradables produjeron una respuesta de asco, en la cual se ve implicado el músculo cigomático y corrugador (Leshner, Bolls y Wise, 2011; Yartz y Hawk, 2002).

En relación a las imágenes de advertencia de tabaco y la actividad electromiográfica del músculo corrugador, las imágenes de advertencias neutrales fueron menos activantes que las imágenes desgradables del IAPS y de advertencia. Por otro lado, las imágenes de advertencia de tabaco, provocaron mayor activación que las imágenes del resto de categorías, a excepción de las imágenes desgradables del IAPS. Estos resultados parecen indicar que las imágenes de advertencia negativas podrían ser los suficientemente desgradables para inducir respuestas de evitación hacia los productos relacionados con el tabaco. Sin embargo, las imágenes de advertencia neutrales no activarían el sistema motivacional aversivo, por lo que no promovería conductas de evitación. En resumen, nuestros resultados

Basado en el patrón de respuestas fisiológicas y autoinformadas recogidas en este estudio, parece que las imágenes que representan una amenaza física acompañados de asco serían las más indicadas para promover las conductas de evitación comprometiendo al

sistema motivacional aversivo. La combinación de medidas de carácter subjetivo y fisiológico sostiene la idea de que las imágenes más desagradables y activantes parecen ser las más eficaces ya que promoverían la activación del sistema motivacional aversivo. Basándonos en el modelo Bio-Informacional de Peter J. Lang (Lang, 1995), estímulos visuales de alta relevancia emocional pueden promover estados emocionales intensos que se reflejan en una activación central de los sistemas motivacionales para la acción. A la luz de los datos obtenidos a través de ambos tipos de medida, se observa cómo no todas las imágenes incluidas en las cajetillas de tabaco provocan un impacto emocional capaz de elicitar la conducta de evitación. La campaña europea podría beneficiarse de imágenes más aversivas e impactantes.

Futuros estudios deberían incluir hombres para comprobar si el efecto se reproduce con independencia del sexo. La inclusión de otras medidas de carácter fisiológico y comportamental en próximos estudios, como la conductancia eléctrica de la piel o los movimientos posturales, podría aumentar el alcance de las conclusiones actuales.

## Referencias

- Anderson, S., Glantz, S. y Ling, P. (2005). Emotions for sale: cigarette advertising and women's psychosocial needs. *Tobacco Control*, 14, 127-135. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2004.009076>.
- Borland, R. (1997). Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 92, 1427-1435. <http://dx.doi.org/10.1080/09652149736585>
- Borland, R., Wilson, N., Fong, G. T., Hammond, D., Cummings, K. M., Yong, H. -H., ... McNeill, A. (2009). Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tobacco Control*, 18, 358-364. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2008.028043>
- Bradley, M., Codispoti, M., Cuthbert, B. y Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1(3), 276-298. <http://dx.doi.org/10.1037//1528-3542.1.3.276>.
- Bradley, M. M., Codispoti, M., Sabatinelli, D. y Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation II: sex differences in picture processing. *Emotion*, 1(3), 300-319. <http://dx.doi.org/10.1037//1528-3542.1.3.300>.
- Cacioppo, J. T. y Tassinary, L. G. (Eds.). (1990). *Principles of psychophysiology: Physical, social, and inferential elements*. New York: Cambridge University Press.
- Dimberg, U., Andréasson, P. y Thunberg, M. (2011). Emotional empathy and facial reactions to facial expressions. *Journal of Psychophysiology*, 25, 26-31. <http://dx.doi.org/10.1027/0269-8803/a000029>.
- Farrelly, M. C., Davis, K. C., Duke, J. y Messeri, P. (2008). Sustaining 'truth': changes in youth tobacco attitudes and smoking intentions after 3 years of a national antismoking campaign. *Health Education*

- Research, 24, 42-48. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cym087>
- Gilpin, E., White, M., Messer, K. y Pierce, J. (2007). Receptivity to tobacco advertising and promotions among young adolescents as a predictor of established smoking in young adulthood. *American Journal of Public Health, 97*, 1489-1495. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.070359>.
- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco Control, 20*, 327-337. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2010.037630>
- Hammond, D., Fong, G. T., McDonald, P. W., Brown, K. S. y Cameron, R. (2004). Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *American Journal of Public Health, 94*(8), 1442-1445.
- Hammond, D., Fong, G., McNeill, A., Borland, R. y Cummings, K. (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control, 15*(Suppl III), 19-25. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.012294>
- Hammond, D., Reid, J. L., Driezen, P. y Boudreau, C. (2013). Pictorial health warnings on cigarette packs in the United States: An experimental evaluation of the proposed FDA warnings. *Nicotine & Tobacco Research, 15*(1), 93-102. <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/nts094>.
- Hammond, D., Thrasher, J., Reid, J., Driezen, P., Boudreau, C. y Arillo-Santillán, E. (2012). Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities. *Cancer Causes Control, 23*, 57-67. <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-012-9902-4>.
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist, 50*, 372-385.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (2008). International affective picture system (IAPS): *Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-8*. Gainesville, FL: University of Florida.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1997). *International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings*. NIMH Center for the Study of Emotion and Attention, 39-58.
- Leshner, G., Bolls, P. y Wise, K. (2011). Motivated processing of fear appeal and disgust images in televised anti-tobacco ads. *Journal of Media Psychology, 23*, 77-89. <http://dx.doi.org/10.1027/1864-1105/a000037>.
- Mackay, J., Bettcher, D., Minhas, R. y Schotte, K. (2012). Successes and new emerging challenges in tobacco control: addressing the vector. *Tobacco Control, 21*, 77-79. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050433>.
- Moodie, C. y Hasting, G. (2011). Making the pack the hero, tobacco industry response to marketing restrictions in the UK: Findings from a long-term audit. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*, 24-38. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-009-9247-8>.
- Miller, M. W., Patrick, C. J. y Levenston, G. K. (2002). Affective imagery and the startle response: Probing mechanisms of modulation during pleasant scenes, personal experiences, and discrete negative emotions. *Psychophysiology, 39*(4), 519-529. <http://dx.doi.org/10.1017/S0048577202394095>.
- Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C., Irún, M. P. T., ... y Vila, J. (1999). Un método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). Adaptación española. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 52*(1), 55-87.

- Muñoz, M., Viedma-del-Jesús, M., Rosselló, F., Sánchez-Nácher, N., Montoya, P. y Vila, J. (2013). The emotional impact of European tobacco-warning images. *Tobacco Control*, 22, 123-129. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050070>.
- Nascimento, B., Oliveira, L., Vieira, A., Joffily, M., Gleiser, S., Pereira, M., ... y Volchan, E. (2008). Avoidance of smoking: the impact of warning labels in Brazil. *Tobacco Control*, 17, 405-409. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2008.025643>.
- Thrasher, J., Arillo-Santillán, E., Villalobos, V., Pérez-Hernández, R., Hammond, D., Carter, J., ... y Regalado-Piñeda, J. (2012). Can pictorial warning labels on cigarette packages address smoking-related health disparities? Field experiments in Mexico to assess pictorial warning label content. *Cancer Causes Control*, 23, 69-80. <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-012-9899-8>.
- Vardavas, C. I., Connolly, G., Karamanolis, K. y Kafatos, A. (2009). Adolescents perceived effectiveness of the proposed European graphic tobacco warning labels. *The European Journal of Public Health*, 19, 212-217. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckp015>
- Vila, J., Sánchez, M., Ramírez, I., Fernández, M. C., Cobos, P., Rodríguez, S., ... y Pastor, M. C. (2001). El sistema internacional de imágenes afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(4), 635-657.
- Wakefield, M., Morley, C., Horan, J. y Cummings, K. (2002). The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*, 11(Suppl I), 73-80.
- World Health Organization. (2005). *Framework Convention for Tobacco Control*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>
- World Health Organization (2012). *Tobacco*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
- Yartz, A. R. y Hawk, L. W. (2002). Addressing the specificity of affective startle modulation: Fear versus disgust. *Biological psychology*, 59(1), 55-68. [http://dx.doi.org/10.1016/S0301-0511\(01\)00121](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-0511(01)00121)

## PERFIL DIFERENCIAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL CONSUMO DE DROGAS Y MALTRATO

## PERSONALITY DISORDER PROFILES IN DRUG ABUSE AND ABUSE

EVA CASTILLO FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, ENRIQUE J. GÓMEZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>,  
JOSÉ LUÍS MATA-MARTÍN<sup>2</sup>, ISABEL RAMÍREZ UCLES<sup>3</sup> Y  
FRANCISCA LÓPEZ TORRECILLAS<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Castillo Fernández, E., Gómez Sánchez, E. J., Mata-Martín, J. L., Ramírez Uclés, I. y López Torrecillas, F. (2016). Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato [Personality disorder profiles in drug abuse and abuse]. *Acción Psicológica*, 13(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17394>

### Resumen

Existe evidencia empírica que demuestra la relación entre patrones de personalidad, tipos de delitos violentos y consumo de drogas o alcohol. El presente estudio tiene como objetivo examinar la tasa de prevalencia de trastornos de personalidad en prisión (consumidores de drogas y maltratadores), utilizando como grupo control población encarcelada sin este tipo de delitos.

Participaron en este estudio 45 hombres del Centro Penitenciario de Albolote, Granada (15 consumidores de drogas, 15 maltratadores y 15 controles) que fueron seleccionados mediante la Escala de Severidad de la Adicción (EUROPASI; Bobes et al., 1996) y la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2; Strauss et al., 1996). Para evaluar los trastornos de personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Encontramos que el grupo de consumo de drogas puntuó más alto en los trastornos de personalidad histriónico, antisocial, límite y agresivo-sádico en comparación con el grupo de maltrato y control y que el grupo de maltrato puntuó más

**Correspondencia:** Francisca López Torrecillas, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Facultad de Psicología, Campus de Cartuja s/n, Universidad de Granada

**Email:** fcalopez@ugr.es

<sup>1</sup> Centro Penitenciario Albolote, España.

<sup>2</sup> Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), España.

<sup>3</sup> Departamento de Psicología Básica II. Facultad de Psicología, UNED, España.

Recibido: 20 de octubre de 2016.

Aceptado: 20 de diciembre de 2016.

alto en el trastorno de personalidad dependiente en comparación con el grupo de drogas y control. Nuestros resultados resaltan la necesidad de tener en cuenta la existencia de trastornos de personalidad en población clínica con el fin de diseñar estrategias de intervención y prevención para el consumo de drogas y el maltrato.

**Palabras clave:** Trastornos de personalidad; consumo de drogas; maltrato.

## Abstract

There is empirical evidence showing the relationship between personality disorders, violence crime and substance abuse problem. This study aims to examine the prevalence of personality disorders in prison populations (drug abusers and abusers), using as a control group a population imprisoned without these types of crimes. The participants were 45 men within the prison in Albacete, Granada (15 drug abusers, 15 abusers and 15 control) and were selected following the Severity Addiction Scale (EUROPASI; Bobes et al., 1996) and the Conflict Tactics Scale (CTS2; Strauss et al., 1996). The Millon Clinical Multiaxial Inventory was used to assess personality disorders. We found that drug abusers had higher scores than abusers and controls in histrionic, antisocial, borderline and aggressive-sadistic, and abusers had higher scores than drug abusers and controls in dependent personality disorder. Our results highlight the need to take into account the existence of personality disorders in clinical population in order to design prevention and intervention strategies for drug abuse and domestic violence.

**Keywords:** Personality disorders; drug abuse; abusers.

## Introducción

En la actualidad, el consumo de drogas y el maltrato constituyen dos de los problemas sociales más graves, complejos y difíciles de abordar desde todas las perspec-

tivas, incluida la científica. Existen numerosos datos epidemiológicos que vinculan estrechamente maltrato y consumo de drogas (Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2012). El consumo de drogas reduce los controles inhibitorios de la violencia, al tiempo que disminuye el miedo ante situaciones de riesgo y los sentimientos de culpa que normalmente se producirían en ausencia de dicho consumo. Además, ciertas conductas consideradas ilegales (por ejemplo, conducir de manera temeraria) facilitan o instan al consumo de drogas, y recíprocamente, el consumo de drogas o sus efectos y consecuencias, pueden acabar instando a la ejecución de delitos (por ejemplo, el maltrato físico o psicológico). Aunque el consumo de drogas y alcohol, por si solos, serían insuficientes para explicar la conducta violenta en sí misma, existe evidencia empírica que demuestra la relación entre patrones de personalidad, tipos de delitos violentos y consumo de drogas o alcohol (Cunha y Gonçalves, 2013; DeLisi, Vaughn, Salas-Wright y Jennings, 2015).

El consumo de drogas antes de entrar en prisión también es una realidad palpable en una elevada proporción de internos. Paralelamente, la presencia de trastornos de la personalidad en personas con problemas de consumo de drogas se ha convertido en un tema de interés, no sólo por la alta prevalencia de estos problemas sino también por la necesidad de tenerlos en cuenta en el momento de organizar y estructurar la intervención. En este sentido Casares-López et al. (2010) sostienen que la comorbilidad entre el consumo de drogas y los trastornos de personalidad es mayor cuando el contexto de estudio se circunscribe a la prisión, donde los drogodependientes en régimen penitenciario presentan más trastornos de personalidad y más graves que los drogodependientes que están en tratamiento en régimen extrapenitenciario. Los estudios (Edens, Kelley, Lilienfeld, Skeem y Douglas, 2015; Mahmood, Tripodi, Vaughn, Bender y Schwartz, 2012; Marco et al., 2015) concluyen que los trastornos de personalidad de los drogodependientes en régimen penitenciario son en primer lugar los trastornos que pertenecen al cluster B, concretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del cluster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo compulsivo; y en tercer lugar, el cluster A, destacando el esquizoide.

Por otro lado, en los últimos años se ha producido un aumento considerable de las investigaciones relacionadas con los hombres que agrede física y/o psicológicamente a la mujer. Ello ha traído consigo un conocimiento más preciso de los trastornos de personalidad en delincuentes con antecedentes de delitos sexuales en comparación con otro tipo de delitos. Estudios recientes (Arteaga et al., 2012; Schroeder, Iffland, Hill, Berner y Briken, 2013; Vaughn et al., 2011) ponen de manifiesto un predominio de los trastornos de depresión mayor, de personalidad paranoide, obsesivo-compulsivo y esquizoide en delincuentes con antecedentes de delitos sexuales. Finalmente resaltar el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) que analiza los trastornos de personalidad y psicopatía asociados a una muestra de maltratadores contra la mujer ingresados en prisión. Los autores encontraron que el 34.2 % de la muestra de agresores presentaba un trastorno dependiente de la personalidad. En la misma línea, Loinaz, Ortiz-Tallo, Sánchez y Ferragut (2011) constataron, de nuevo, la existencia de los dos tipos de agresores contra la pareja. El tipo 1 considerado como normalizado se caracterizó por presentar los trastornos de personalidad narcisista, histriónico y obsesivo-compulsivo y el tipo 2 considerado como antisocial que presentaba los trastornos de personalidad antisocial, agresivo-sádico, pasivo-agresivo y paranoide y trastornos de ansiedad, dependencia de sustancias y de alcohol, delirante y bipolar.

Sin embargo, las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha muestran una gran heterogeneidad debido, entre otras causas, a la falta de control sobre si los agresores consumen o no consumen drogas.

El presente estudio tiene como objetivo analizar en población clínica –consumidores de droga y maltratadores– la tasa de prevalencia de trastornos de personalidad medidos a través el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)* (1999). Nuestra hipótesis de partida es, por tanto, que existen diferentes trastornos de personalidad en consumidores de drogas y maltratadores, ambos encarcelados por dicho motivo.

## Método

### **Participantes**

Participaron en este estudio 45 hombres encarcelados en el Centro Penitenciario de Albolote de Granada (15 con historia de consumo de drogas, 15 con historia de maltrato y 15 personas sin historia de consumo de drogas ni maltrato también internos). Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los criterios del Personal Técnico Especializado de la prisión, de su historial delictivo y de escalas específicas para evaluar la gravedad de la adicción (Escala de Severidad de la Adicción (EUROPASI; Bobes, Gónzalez, Sáiz y Bousoño, 1996) y el maltrato (Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2; Strauss, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996). Los criterios de inclusión fueron estar cumpliendo condena en el Centro Penitenciario de Albolote y participar voluntariamente en el estudio, después haber firmado la hoja de consentimiento informado. Además, en el caso del grupo de drogodependencias los criterios fueron tener un problema de adicción a las drogas y/o al alcohol y no cumplir o haber cumplido condena por un delito de maltrato a la pareja. En el caso del grupo de maltrato los criterios fueron estar condenado por un delito de maltrato a la pareja y no tener un problema de adicción a las drogas y/o al alcohol, y finalmente en el caso del grupo control los criterios fueron no tener un problema de adicción a las drogas y/o al alcohol y no cumplir o haber cumplido condena por un delito de maltrato a la pareja. Los criterios de exclusión fueron tener una edad superior a 50 años, enfermedad física o psiquiátrica (esquizofrenia y/o depresión) y estar bajo tratamiento psicofarmacológico. Se excluyó un caso por invalidación en las respuestas del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)* de Millon (1999) por lo que los análisis estadísticos se realizaron con 44 participantes.

Los grupos quedaron igualados en edad, nivel de estudios, profesión (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Variables sociodemográficas*

	Drogas	Grupos Maltrato	Control	F/χ <sup>2</sup>
<b>Edad (media y SD)</b>	35.64 (5.35)	37.53 (9.04)	36.66 (9.80)	0.831
<b>Años de escolarización (N)</b>				0.64
6	35.72	60	0	
7	7.14	0	0	
8	42.86	26.67	66.66	
10	0	30	6.67	
11	0	13.33	13.33	
12	7.14	4	0	
13	7.14	0	0	
15	0	0	6.67	
17	0	0	6.67	
<b>Profesión</b>				0.348
<i>Sin formación previa</i>	92.86	86.66	66.67	
<i>Con formación previa</i>	7.14	6.67	13.33	
<i>Empresario</i>	0	6.67	20	
<b>Estado civil</b>				0.008
<i>Casado</i>	0	0	26.67	
<i>Viudo</i>	0	0	6.66	
<i>Separado</i>	21.43	26.67	6.66	
<i>Divorciado</i>	7.14	33.33	20	
<i>Soltero</i>	64.29	1333	13.34	
<i>Convivencia en pareja</i>	7.14	26.67	26.67	

*Instrumentos*

*Escala de Severidad de la Adicción* (EUROPASI; Bobes et al., 1996). Versión europea del instrumento Addiction Severity Index (ASI; McLellan, Luborsky, O'Brien y Woody, 1980). Es una entrevista estructurada de unos cuarenta minutos de duración que abarca ocho aspectos de la problemática del dependiente, tales como problemas médicos, laborales, uso de alcohol y drogas, legales, familiares, psicológicos y otros problemas. Se efectúa también una valoración de la actitud y motivación del adicto. Una vez finalizada la entrevista el evaluador da una puntuación sobre la gravedad estimada en cada una de las áreas evaluadas. Para ello se puede emplear el Índice de Gravedad del Entrevistador (IGE; López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2012) con

un rango de 0-9, indicando que a mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. Es muy utilizada tanto desde la perspectiva clínica como desde la institucional (González-Saiz et al., 2002). La versión española empleada en este estudio es de Bobes et al. (1996).

*Escala de Tácticas de Conflicto* (CTS-2; Strauss et al., 1996). Contempla la violencia como una táctica errónea de resolución de conflictos. Mide acontecimientos, procesos o intentos de resolución de conflictos y las tácticas utilizadas para ello. Consta de 39 ítems duplicados, es decir, 39 preguntas para cada miembro de la pareja (78 ítems en total). El tiempo medio de aplicación no debe superar los 15 minutos. El tiempo de referencia en la subescala de prevalencia es de un año, aunque en algunos casos puede limitarse a seis meses, especialmente cuando se trata de medir la respuesta a tratamientos terapéuticos. Los ítems están representados

en varias subescalas: Negociación, Agresión Psicológica, Agresión Física, Coerción Sexual y Daño o lesiones. Ha sido adaptada y validada a la población española por Graña, Andreu, Peña y Rodríguez-Biezma (2013).

*Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMI-II; Millon, 1999). Se trata de un cuestionario autoinformado de 175 ítems con alternativa de respuesta dicotómica, de tipo verdadero-falso. Este test permite la evaluación de 13 trastornos de personalidad y de nueve síndromes clínicos diferentes. Dentro de las escalas de personalidad se distinguen 10 estilos básicos y tres escalas de personalidad patológica. En cuanto a las escalas de síndromes clínicos se obtienen seis síndromes clínicos de gravedad moderada y tres síndromes clínicos de gravedad extrema. Incorpora también cuatro escalas de control para determinar posibles sesgos a la hora de contestar a las preguntas validez, sinceridad, deseabilidad y alteración. Las escalas clínicas son básicas (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), patológica (esquizotípica, límite y paranoide), síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas) y síndromes clínicos de gravedad extrema: pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante. En este estudio se utiliza la adaptación española de TEA.

## Procedimiento

Para poder llevar a cabo esta investigación se solicitó la autorización necesaria al Centro Penitenciario de Albolote perteneciente a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias dependiente del Ministerio de Interior. Los 45 participantes fueron seleccionados previamente y entrevistados individualmente para confirmar los criterios de inclusión y se les ofreció participar voluntariamente en la investigación. Los 45 participantes que cumplían con los criterios de inclusión fueron debidamente informados sobre los objetivos del estudio, la metodología empleada y manifestaron su consentimiento por escrito. Posteriormente completaron las escalas e inventarios descritos en el apartado de instrumentos. A los participantes se les recordaba, al

inicio de la sesión, su derecho a interrumpir el procedimiento en cualquier momento. Al finalizar la sesión recibirán una breve explicación de los objetivos del estudio y se les agradece su participación.

## Resultados

Para comprobar la hipótesis, se realizó un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA), para un diseño factorial, utilizando las variables grupo (drogodependencias, maltrato y control) como variable independiente y las variables derivadas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) como dependientes (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva, autodestructiva, esquizotípica, límite, paranoide, ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante).

Los resultados indicaron que había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Wilks' Lambda = 0,034,  $F_{44, 40} = 4.005$ ,  $p = .000$ ;  $\eta^2 = 0.82$ ). Puesto que el MANOVA mostró resultados estadísticamente significativos, se procedió a realizar ANOVAs para cada variable dependiente. Dichos ANOVAs mostraron que había diferencias estadísticamente significativas en el trastorno de personalidad dependiente ( $F_{2, 41} = 5.94$ ;  $Mce = 3501.056$ ,  $p = .005$ ), histriónica ( $F_{2, 41} = 3.92$ ,  $Mce = 2343.159$ ,  $p = .028$ ), antisocial ( $F_{2, 41} = 13.74$ ,  $Mce = 8092.474$ ,  $p = .000$ ), agresiva-sádica ( $F_{2, 41} = 9.88$ ,  $Mce = 5514.759$ ,  $p = .000$ ), límite ( $F_{2, 41} = 7.93$ ,  $Mce = 2970.744$ ,  $p = .001$ ), abuso de alcohol ( $F_{2, 41} = 31.92$ ,  $Mce = 13142.752$ ,  $p = .000$ ), abuso de drogas ( $F_{2, 41} = 35.14$ ,  $Mce = 13719.594$ ,  $p = .000$ ) y depresión mayor ( $F_{2, 41} = 4.41$ ,  $Mce = 2072.906$ ,  $p = .018$ ). Aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas resaltamos que las variables esquizoide ( $F_{2, 41} = 2.78$ ,  $Mce = 2089.752$ ,  $p = .074$ ), fóbica ( $F_{2, 41} = 2.88$ ,  $Mce = 1958.973$ ,  $p = .068$ ), compulsiva ( $F_{2, 41} = 3.11$ ,  $Mce = 1229.648$ ,  $p = .055$ ), pasivo-agresiva ( $F_{2, 41} = 3.10$ ,  $Mce = 1987.217$ ,  $p = .056$ ), pensamiento psicótico ( $F_{2, 41} = 2.97$ ,  $Mce = 2453.298$ ,  $p = .062$ ) se

acerca a la significatividad, por lo que podríamos pensar en las diferencias clínicas de dichas variables.

Los resultados de las pruebas de contraste “post hoc” de comparaciones múltiples entre los tres grupos (Tukey) pueden verse en la Tabla 2, donde se presentan los datos de los trastornos de personalidad dependiente, histriónica, antisocial, agresiva-sádica, límite, abuso de alcohol, abuso de drogas y depresión mayor.

Como puede verse en la Tabla 2, el grupo de maltrato presenta puntuaciones significativamente más altas en trastorno de personalidad dependiente que el grupo de drogodependencias; también el grupo de maltrato presenta puntuaciones significativamente más altas que el grupo control. Respecto al trastorno de personalidad histriónico, las puntuaciones son más altas en el grupo de

drogodependencias que en el grupo control. En el trastorno de personalidad antisocial encontramos diferencias entre el grupo de drogodependencias y los grupos de maltrato y control siendo las puntuaciones más altas en el grupo de drogodependencias. Igualmente, el grupo de drogodependencias puntuó más alto en el trastorno de personalidad agresiva-sádica que el grupo de maltrato y que el grupo control. Con respecto al trastorno de personalidad compulsivo, es el grupo de control el que presenta las puntuaciones más altas en comparación con el grupo de drogodependencias y en el caso del trastorno de personalidad pasivo-agresiva las diferencias son inversas entre el grupo de drogodependencias y el grupo control, este último puntuó más bajo. En cuanto al trastorno límite de la personalidad, las puntuaciones son mas altas en el grupo de drogodependencias que en el de maltrato y que en el grupo control. En cuanto a los síndromes clínicos

Tabla 2

*Media, desviación típica y significatividad de los grupos en los Trastornos de Personalidad*

Trastornos de Personalidad	DROGAS Media (DT)	MALTRATO Media (DT)	CONTROL Media (DT)	F	p-Tukey
Esquizoide	67.21(26.74)	44.93(30.09)	48.00(25.15)	2.78	
Fóbico	53.21(22.17)	37.53(27.27)	30.40(28.16)	2.88	
<b>Dependiente</b>	<b>60.14(26.46)</b>	<b>88.60(19.68)</b>	<b>64.13(26.21)</b>	<b>5.94**</b>	1 < 2** > 3*
<b>Histriónico</b>	<b>78.71(28.86)</b>	<b>75.20(20.89)</b>	<b>55.33(23.23)</b>	<b>3.92*</b>	1 > 3*
Narcisista	70.28(28.28)	67.67(31.03)	52.53(33.44)	1.40	
<b>Antisocial</b>	<b>84.14(18.38)</b>	<b>42.80(24.74)</b>	<b>43.13(28.27)</b>	<b>13.74***</b>	1 > 2***; 1 > 3**
<b>Agresivo-sádico</b>	<b>68.14(26.85)</b>	<b>30.60(18.09)</b>	<b>39.60(25.24)</b>	<b>9.88***</b>	1 > 2***; 1 > 3**
<b>Obsesivo-compulsivo</b>	<b>84.71(26.36)</b>	<b>96.13(17.78)</b>	<b>103.00(13.95)</b>	<b>3.11*</b>	1 < 3*
<b>Pasivo-agresivo</b>	<b>47.50(23.58)</b>	<b>24.33(21.11)</b>	<b>32.53(30.29)</b>	<b>3.10*</b>	1 > 2*
Autodestructivo	52.07(18.97)	43.60(29.02)	35.00(27.36)	1.61	
Esquizotípico	70.36(23.89)	55.00(28.54)	51.20(29.79)	1.94	
<b>Límite</b>	<b>61.43(17.48)</b>	<b>39.73(18.41)</b>	<b>34.20(21.77)</b>	<b>7.93**</b>	1 > 2*; 1 > 3**
Paranoide	80.00(28.06)	66.47(33.85)	64.13(37.03)	0.95	
Ansiedad	48.28(21.70)	45.47(23.99)	37.93(8.78)	1.13	
Histeriforme	53.07(28.29)	52.00(20.90)	39.93(13.90)	1.68	
Hipomanía	71.14(31.56)	57.60(26.40)	49.67(25.31)	2.20	
Neurosis-depresivo	51.21(18.95)	47.07(25.60)	37.07(11.11)	2.04	
<b>Abuso alcohol</b>	<b>83.93(18.42)</b>	<b>35.20(25.13)</b>	<b>28.40(16.11)</b>	<b>31.92***</b>	1 > 2***; 1 > 3***
<b>Abuso drogas</b>	<b>89.78(11.05)</b>	<b>38.40(22.33)</b>	<b>34.20(23.05)</b>	<b>35.14***</b>	1 > 2***; 1 > 3***
Pensamiento psicótico	66.78(21.95)	44.67(31.24)	43.60(31.52)	2.97	
<b>Depresión mayor</b>	<b>41.14(25.51)</b>	<b>31.40(23.68)</b>	<b>17.40(14.51)</b>	<b>4.41*</b>	1 > 3*
Delirio psicótico	80.36(28.63)	77.67(32.98)	72.73(34.28)	0.21	

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

resaltamos que el grupo de drogas puntuó más alto tanto en el abuso de alcohol como en el abuso de drogas que el grupo de maltrato y de control. También el grupo de drogas puntuó más alto en depresión mayor que el grupo control.

## Discusión y Conclusiones

El presente estudio contribuye a conocer, con más detalle, la presencia de posibles alteraciones de personalidad en una muestra de hombres ingresados en el Centro Penitenciario de Albolote; esto es, permite clarificar el solapamiento existente entre las conductas generadas por el consumo de drogas y trastornos de personalidad y aquellas generadas por los sujetos que no consumen drogas pero que se caracterizan por cometer actos criminales, engaños y falta de responsabilidad, egocentrismo, exageración en la expresión de emociones, falta de emotividad real y cambios rápidos de estado emocional que pueden ser, tanto la expresión de un trastorno de personalidad como las consecuencias del consumo de drogas y/o alcohol. Del mismo modo, nuestro estudio nos permite comparar el perfil psicopatológico de los grupos analizados.

Por lo que se refiere a las características sociodemográficas de nuestra muestra encontramos diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil, indicando que el grupo de drogodependientes se encuentra mayoritariamente soltero. Estos resultados son consonantes con los obtenidos por Casares-López et al. (2010), donde tanto el perfil del usuario que ingresaba en comunidad terapéutica, como el perfil del usuario que ingresaba en prisión se correspondían mayoritariamente con varones solteros. Por otro lado, encontramos que el grupo de maltrato presenta un mayor porcentaje de divorciados en comparación con el grupo de drogodependencias y el grupo control, resultado que también es consonante con el obtenido por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008), que observan un predominio de personas divorciadas (59.2 %), muy por encima de los sujetos solteros (23.7 %), casados (13.1 %) y viudos (3.9 %).

Resulta llamativo que, en nuestra muestra de estudio, el grupo de drogodependencias y de maltrato no estén casados en comparación con el grupo control. Estos resultados son evidentes, dado que, una de las características del grupo de consumidores de drogas es la carencia de relaciones sociales y en el caso del grupo de maltrato, este resultado, podría deberse a las consecuencias derivadas de la naturaleza del delito. Estos resultados son parecidos a los encontrados en los estudios de Casares-López et al. (2010) quienes encuentran que solo un 13.9 % de la muestra de drogodependientes y un 13.1 % de la muestra de maltratadores respectivamente estaban casados. Destacar también que encontramos un mayor porcentaje de separados en el grupo de drogodependencias y en el grupo de maltrato en comparación con el grupo control. Por último, señalar como un dato significativo que en el grupo de drogodependencias solo un 7.14 % convivían en pareja frente a un 26.67 % que representa a los grupos de maltrato y control. Estos resultados reflejan el bajo nivel de adaptación y la falta de estrategias de afrontamiento que caracterizan a los consumidores de drogas y/o alcohol.

En relación a los trastornos de personalidad, los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas en cinco de los trece trastornos de personalidad evaluados (dependiente, histriónico, antisocial, agresivo-sádico y límite), en dos síndromes clínicos (abuso de alcohol y abuso de drogas) y en un síndrome grave (depresión mayor); y diferencias que se acercan a la significatividad en el trastorno compulsivo de la personalidad y en el trastorno pasivo/agresivo de la personalidad. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Edens et al. (2015), Mahmood et al. (2012) y Marco et al. (2015) que también encontraron diferencias estadísticamente significativas, en una muestra de personas condenadas por delitos violentos, en los trastornos de la personalidad dependiente, compulsivo, antisocial, límite, abuso de alcohol, abuso de drogas y depresión mayor.

Respecto a los tipos de trastornos de personalidad encontrados y a las diferencias entre los grupos,

nuestros resultados muestran que el grupo de maltrato presenta puntuaciones significativamente más altas en trastorno de personalidad dependiente que los grupos de drogodependencias y control. Este resultado es consistente con los encontrados por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) en el cual manifiestan que el 34.2 % de los casos de su muestra de agresores presentaban un trastorno dependiente de la personalidad. En cuanto al trastorno de personalidad histriónico, las puntuaciones son más altas en el grupo de drogodependencias que en el grupo control. Este resultado es coherente con el de otros estudios (Edens et al., 2015; Mahmood et al., 2012; Marco et al., 2015). En el trastorno de personalidad antisocial encontramos diferencias entre el grupo de drogodependencias y los grupos de maltrato y control, siendo las puntuaciones más altas en el grupo de drogodependencias. Nuestros resultados van en la misma línea que los obtenidos por otros autores (Edens et al., 2015; Mahmood et al., 2012; Marco et al., 2015).

Así, el grupo de drogodependencias puntuó más alto en el trastorno de personalidad agresiva-sádica que el grupo de maltrato y que el grupo control. Este resultado es similar al del estudio de Loinaz et al. (2011) que obtienen que el tipo 2, denominado antisocial y con dependencia de sustancias y alcohol, destaca por puntuaciones significativamente superiores en la escala de personalidad agresivo-sádica. Con respecto al trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo el grupo control presenta las puntuaciones más altas que el grupo de drogodependencias, este resultado es concordante con el obtenido por Ortiz-Tallo et al. (2006) en el que los grupos no dependientes de drogas o alcohol puntuaban más alto en este trastorno. En relación al trastorno pasivo/agresivo es el grupo de drogodependencias el que presenta las puntuaciones más altas que el grupo control, este resultado va en la misma línea que el obtenido por López-Durán y Becoña (2006) quienes concluyen que los consumidores de drogas presentan mayores porcentajes de prevalencia de trastornos de personalidad agresivos.

Nuestros resultados también ponen de manifiesto que el grupo de drogodependencias presenta

puntuaciones más altas en el trastorno límite de la personalidad que los grupos de maltrato y control. Estos resultados son consonantes con los obtenidos en estudios previos (Edens et al., 2015; Mahmood et al., 2012; Marco et al., 2015).

Por otro lado, en lo que a los síndromes clínicos se refiere, resaltamos que el grupo de drogas puntuó más alto tanto en el abuso de alcohol como en el abuso de drogas que el grupo de maltrato y de control, resultado que concuerda con el obtenido por Casares-López et al. (2010), los cuales encuentran que el grupo de drogodependientes en prisión presentan puntuaciones más altas en la escala de abuso de alcohol y drogas que el grupo de drogodependientes ingresado en comunidad terapéutica. Finalmente, el grupo de drogas puntuó más alto en depresión mayor que el grupo control, datos que están en sintonía con los obtenidos por Vaughn et al. (2011) donde los hombres no consumidores eran significativamente menos propensos a ser diagnosticados de un trastorno de depresión mayor.

En general, constatamos la elevada prevalencia de los trastornos de personalidad entre los drogodependientes, por lo que podemos concluir que, tal y como señalaron Casares-López et al. (2010), el grupo de internos penados con consumo de drogas presentan más trastornos de la personalidad que el resto de grupos. De manera similar, también constatamos, de acuerdo con Edens et al. (2015), Mahmood et al. (2012) y Marco et al. (2015), que tres de los cuatro trastornos más significativos en los drogodependientes se encuentran incluidos en la categoría B (histriónico, antisocial y límite).

Un aspecto importante a señalar en este estudio es que el grupo de drogodependientes eran pacientes en tratamiento que llevaban más de seis meses abstinentes, además de no tener tratamiento psicofarmacológico, con lo que quedaría minimizada la posibilidad que sintomatología asociada al consumo de drogas pueda ser confundida con síntomas de los trastornos de personalidad.

Por tanto, nuestros resultados indican la existencia de trastornos de personalidad en población penitenciaria y la necesidad de seguir investigando en esta línea con el fin de diseñar estrategias de prevención para el consumo de drogas y maltrato.

## Referencias

- Arteaga A., Fernández-Montalvo J. y López-Goñi J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. [Differences in personality variables in drug-addicted patients with and without intimate partner violence]. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.435>.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. En *Libro de Actas IV Reunión Interregional de Psiquiatría* (pp.201-218). Gijón, España: Bobes- García.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R. y Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: En prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(2), 225-243. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/742981227?accountheid=14542>.
- Cunha, O. y Gonçalves, R. A. (2013). Intimate partner violence offenders: Generating a data-based typology of batterers and implications for treatment/La violencia de pareja: Generación de una tipología de maltratadores basada en los datos e implicaciones para el tratamiento. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5(2), 131-139. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1404742575?accountheid=14542>.
- DeLisi, M., Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. y Jennings, W. G. (2015). Drugged and dangerous: Prevalence and variants of substance use comorbidity among seriously violent offenders in the united states. *Journal of Drug Issues*, 45(3), 232-248. <http://dx.doi.org/10.1177/0022042615579237>.
- Edens, J. F., Kelley, S. E., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L. y Douglas, K. S. (2015). DSM-5 antisocial personality disorder: Predictive validity in a prison sample. *Law and Human Behavior*, 39(2), 123-129. <http://dx.doi.org/10.1037/lhb0000105>.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20(2), 193-198. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621937936?accountheid=14542>.
- González-Saiz, F., Salvador, J. M., Martínez-Delgado, J. M., López-Cárdenas, A., Ruz, I. y Guerra, D. (2002). El Addiction Severity Index (ASI): a propósito de una revisión [The Addiction Severity Index (ASI): Report of a Review]. En I. Iraurgi y F. González-Saiz (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 235-265). Madrid, España: Aula Médica.
- Graña, J. L., Andreu, J. M., Peña, M. E. y Rodríguez-Biezma, M. J. (2013). Validez factorial y fiabilidad de la "escala de tácticas para el conflicto revisada" (revised conflict tactics scale, CTS2) en población adulta española. *Psicología Conductual*, 21(3), 525-543. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1476261014?accountheid=14542>.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M. y Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 249-268. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/897336549?accountheid=14542>.

- López- Durán, A. L. y Becoña, E (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578-583. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621503952?accountid=14542>.
- López-Góñi, J., Fernandez-Montalvo, J. y Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 392-399. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.011>.
- Mahmood, S. T., Tripodi, S. J., Vaughn, M. G., Bender, K. A. y Schwartz, R. D. (2012). Effects of personality disorder and impulsivity on emotional adaptations in prison among women offenders. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 467-80. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-012-9215-5>.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The addiction severity index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006>.
- Marco, A., Antón, J. J., Saiz de, I. H., de Juan, J., Faraco, I., Caylà, J. A., ... Group, P. (2015). Personality disorders among spanish prisoners starting hepatitis C treatment: Prevalence and associated factors. *Psychiatry Research*, 230(3), 749-756. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.016>.
- Millon, T. (1999). MCMII. *Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española (Adaptación española de A. Ávila y F. Jiménez). Madrid, España: TEA.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M. J., Cardenal, V. y Sánchez, L. M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18(3), 459-464. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621455153?accountid=14542>.
- Schroeder, M., Iffland, J. S., Hill, A., Berner, W. y Briken, P. (2013). Personality disorders in men with sexual and violent criminal offense histories. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 519-30. <http://dx.doi.org/101521pedi201226050>.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/61541186?accountid=14542>.
- Vaughn, M. G., Fu, Q., Wernet, S. J., DeLisi, M., Beaver, K. M., Perron, B. E. y Howard, M. O. (2011). Characteristics of abstainers from substance use and antisocial behavior in the united states. *Journal of Criminal Justice*, 39(3), 212. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/878136915?accountid=14542>.

## CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN UNA MUESTRA EN PROCESO DE DESAHUCIO

## TOBACCO AND ALCOHOL CONSUMPTION IN A SAMPLE EVICTION PROCESS

HUMBELINA ROBLES-ORTEGA<sup>1,2</sup>, JOSÉ LUÍS MATA-MARTÍN<sup>1,2</sup>,  
M. CARMEN FERNÁNDEZ- SANTAELLA<sup>1,2</sup>,  
ISIS GONZÁLEZ-USERA<sup>1,2</sup>, JAIME VILA-CATELLAR<sup>1,2</sup>,  
MARIOLA BERNAL-SOLANO<sup>3,4</sup>, JULIA BOLÍVAR-MUÑOZ<sup>3,4</sup>,  
INMACULADA MATEO-RODRÍGUEZ<sup>3,4</sup> Y  
ANTONIO DAPONTE-CODINA<sup>3,4</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Robles-Ortega, H., Mata-Martín, J. L., Fernández-Santaella, M. C., González-Usera, J., Vila-Castellar, J., Bernal-Solano, M., ... y Daponte-Codina A. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en una muestra en proceso de desahucio [Tobacco and alcohol consumption in a sample eviction process]. *Acción Psicológica*, 13(1), 41-52. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17416>

### Resumen

Introducción: En España, la actual crisis económica nos ha llevado a un lamentable fenómeno poco conocido hasta ahora: el proceso del desahucio. Nuestro objetivo ha sido evaluar hábitos poco saludables como el consumo del tabaco y alcohol en un grupo de

granadinos/as en riesgo de perder su vivienda habitual. Método: Han participado 205 personas adultas (122 mujeres y 83 hombres) a los que se les administró los ítems de hábitos relacionados con la salud de la Entrevista Andaluza de Salud 2011. Todos los participantes estaban vinculados a la Plataforma de Afectados por la Hipoteca *Stop Desahucios* de Granada. Resultados: Consumo de tabaco: observamos mayor porcentaje de fumadores a diario en hombres (54.22 %),

**Correspondencia:** Humbelina Robles Ortega, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Facultad de Psicología Campus de Cartuja s/n, Universidad de Granada.

**Email:** hrobles@ugr.es

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Granada, España.

<sup>2</sup> Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), España.

<sup>3</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, España.

<sup>4</sup> CIBERESP, España.

Recibido: 21 de febrero de 2016.

Aceptado: 18 de abril de 2016.

personas que no viven en pareja y trabajadores. Las personas que han entrado en el proceso judicial fuman más cigarrillos al día ( $t = -1.944, p = .055$ ) y perciben un aumento en el consumo de tabaco debido al proceso de desahucio ( $\chi^2 = 8.494, p = .037$ ). Consumo de alcohol: encontramos mayor porcentaje en hombres  $\chi^2 = 10.005, p = .019$ ) y en personas que no viven en pareja  $\chi^2 = 8.553, p = .036$ ); los hombres perciben un mayor aumento en el consumo de alcohol debido al proceso de desahucio ( $\chi^2 = 20.375, p = .000$ ). Conclusiones: El proceso de desahucio afecta negativamente a los hábitos relacionados con la salud por lo que debería priorizarse en las políticas de Salud Pública como una población de riesgo.

**Palabras clave:** tabaco; alcohol; desahucios; crisis económica.; responsabilidad social.

## Abstract

Introduction: In Spain, the current economic crisis has led to an unfortunate phenomenon little known until now: the eviction process. The aim was to evaluate unhealthy habits such as consumption of tobacco and alcohol in a group of Granada as at risk of losing their residence. Methods: Participated 205 adult undergoing an eviction process from their homes (122 women and 83 men) who were given the items of health-related habits of the Andalusian Health Survey 2011. All participants were linked to the Platform Affected by Mortgage, *Stop Desahucios* of Granada. Results: Consumption of tobacco: observe higher percentage of daily smokers among men (54.22 %), people who live as a couple and workers. People who have entered the judicial process smoke more cigarettes per day ( $t = 1944, p = .055$ ) and perceived an increase in the consumption of tobacco from the process of eviction. ( $\chi^2 = 8.494, p = .037$ ). Consumption of alcohol: find higher percentage in men ( $\chi^2 = 10.005, p = .019$ ) and in people who do not live with a partner ( $\chi^2 = 8.553, p = .036$ ); men perceive a greater increase in alcohol consumption due to the eviction process ( $\chi^2 = 20.375, p = .000$ ). Conclusions: The eviction process negatively affects health-

related habits and should therefore be prioritized in Public Health policies as a population at risk.

**Keywords:** tobacco; alcohol; eviction; economic crisis.

## Introducción

La actual crisis económica ha afectado a la mayoría de los países europeos, pero sin duda, uno de los países en los que las consecuencias han sido peores, es España (Gili, García Campayo y Roca, 2014). El consecuente aumento del desempleo y la reducción de las rentas en los hogares ha supuesto la extensión, intensificación y cronificación de la pobreza (Borrell, Rodríguez-Sanz, Bartoll, Malmusi y Novoa, 2014; Davila Quintana y González López-Valcárcel, 2009; Escribà-Agüir y Fons-Martínez, 2014; Flores, García-Gómez y Zunzunegui, 2014; García Altés y Ortún, 2014).

El impacto que tiene el desempleo en la salud mental de las personas afectadas ha sido abordado en diferentes investigaciones (Del Pozo, Ruiz, Pardo y San Martín, 2002; Goldman-Mellor, Saxton y Catalano, 2010; Leach, et al., 2010), encontrándose un empeoramiento de la salud mental y de la calidad de vida. Un estudio reciente realizado sobre los países de la Unión Europea, concluye que un incremento del 3 % en el desempleo, conlleva un incremento de un 28 % las muertes relacionadas con el consumo de alcohol (Stuckler, Basu, Suharcke, Coutts y McKee, 2009). Por otra parte, la precariedad laboral también parece ser un riesgo para la salud mental (Dragano, Verde y Siegrist, 2005; Vahtera et al., 2004). Algunos estudios encuentran que no hay diferencias en el estado de salud mental entre jóvenes desempleados y los que trabajan en ocupaciones que están muy por debajo de su cualificación o los que tienen un trabajo insatisfactorio (Dooley, Prause y Ham-Rowbottom, 2000).

Sin embargo, también hay estudios que señalan una reducción de la tasa de mortalidad en períodos de crisis económicas como efecto colateral (Ruhm, 2000; Tapia Granados, 2005), atribuyéndolo a diversos factores que se dan menos frecuentemente en los períodos de recesión

económica (como, por ejemplo, consumo de alcohol, tabaco y grasas saturadas, accidentes, etc.).

Desgraciadamente las crisis económicas, no solo están asociadas a la pérdida de trabajo y la precarización del empleo, sino que también se asocian a la incapacidad de hacer frente a la hipoteca, que a su vez está dando lugar al desalojo masivo de familias y a una situación de emergencia habitacional (Valiño, 2013).

En general, las crisis económicas se acompañan de peor salud en la población afectada (Davila Quintana y González López-Valcárcel, 2009; Levy y Sidel, 2009; Ruiz-Ramos, Córdoba-Doña, Bacigalupe, Juárez y Escolar-Pujolar, 2014). Entre los efectos que más se han asociado podemos destacar peor salud percibida, peor salud general, presencia de enfermedades crónicas y hábitos poco saludables como el consumo de tabaco y alcohol y el empeoramiento de la dieta (Burgard, Seefeldty Zelner, 2012; Cannuscio et al., 2012; Pollack y Lynch, 2009) y un aumento significativo del deterioro de la salud mental, el abuso del alcohol y el aumento en la tasa de suicidio (Cooper, 2011; Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013; Goldman-Mellor et al., 2010; Roca et al., 2009; Stuckler et al., 2009). En relación al consumo de tabaco, algunos datos llaman la atención; así por ejemplo, un estudio reciente realizado en Estados Unidos (Gallus, Ghislandiy Muttarak, 2015) señala que en la situación de crisis ha hecho que disminuya el consumo de tabaco entre la población trabajadora, en cambio, ha aumentado entre los desempleados.

La salud mental de los españoles ha ido empeorando desde el comienzo de la crisis. El estudio llevado a cabo por Gili et al. (2013) compara la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes de Atención Primaria en 2006 y en 2010, llegando a la conclusión de que todos los trastornos mentales estudiados han aumentado. El mayor aumento se centra en los trastornos del estado de ánimo, seguido por los trastornos de ansiedad. El abuso de alcohol (4.6 % en dependencia de alcohol y 2.4 % en abuso de alcohol) aumentó de manera significativa, observándose diferencias sexuales en la prevalencia de los diferentes trastornos mentales: depresión mayor y trastornos somatomorfos fueron más frecuentes en ambos sexos, la distimia fue más prevalente en mujeres y el

abuso o la dependencia del alcohol en hombres. En esta misma investigación se analizan algunos de los factores que han podido contribuir al aumento del malestar psicológico, destacándose la situación de desempleo del propio afectado o de un familiar, la dificultad para hacer frente al pago de la hipoteca y el riesgo de desahucio.

Diversos estudios han encontrado, en períodos de crisis, que la prevalencia del uso de alcohol permanece estable, sin embargo, si se observan cambios en distintos patrones patológicos de consumo: mientras que el consumo excesivo de alcohol tanto en hombres como en mujeres, disminuye, el uso abusivo en momentos concretos (e.g., fines de semana), aumenta (Catalano, 1997; Colell, Sanchez-Niubo, Delclos, Benavidez y Domingo-Salvan, 2015), independientemente de la situación de empleo.

Uno de los pocos estudios que, fuera de nuestras fronteras, aborda los efectos de vivir un proceso de desahucio, es el realizado por Desmond (2012). En este estudio, realizado en Milwaukee, en el que fueron desalojados de sus hogares alrededor de 16.000 adultos y 6.000 niños entre 2003 y 2007, se confirma que la falta de vivienda y los problemas de salud mental están interconectados.

El fenómeno del desahucio, en las proporciones en las que se está viviendo en España, no es conocido en otros países; se trata, por tanto, de un tipo de experiencia peculiar solo vivido en España en la actual crisis económica (Valiño, 2013). Dado que el problema de los desahucios, hasta hace pocos años, era relativamente infrecuente, existen muy pocas investigaciones que aborden el efecto de vivir el proceso de desahucio en la salud física y mental de las personas afectadas.

En el año 2011, surge en España un movimiento ciudadano conocido como Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH), también conocido con Stop Desahucios, que atienden problemas tanto de hipoteca como de alquiler. A esta plataforma acuden muchas personas en situaciones que van desde aquellos que comienzan a tener dificultades con el pago de su hipoteca, hasta aquellos que están a punto de ser desalojados de su vivienda. Esta pla-

taforma fomenta la auto organización en defensa del derecho a la vivienda.

Vamos a conceptualizar el proceso de desahucio, como la situación que se extiende desde el momento que comienzan las dificultades para hacer frente al pago de la hipoteca hasta la situación extrema en la que la familia, a partir de una sentencia judicial, es desalojada de su vivienda (Bolívar Muñoz et al., 2015).

El objetivo del presente estudio es conocer los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en una muestra de personas en riesgo de perder su vivienda, así como detectar las diferencias en el consumo de tabaco y alcohol, en función de la fase del proceso de desahucio y diferentes variables sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral).

## Método

### *Participantes*

En este estudio participaron 205 sujetos, 83 hombres (con una edad media de 42.14,  $DT = 10.6$ ) y 122 mujeres (con una edad media de 42.48,  $DT = 10.86$ ), no existiendo diferencias significativas en la variable edad ( $t = -.22, p = .83$ ). El rango de edad oscila entre los 25 y los 73 años. El 91 % ha nacido en España. El 51.30 % está casado, el 50.70 % tiene un nivel de estudios primarios y el 63.70 % actualmente está en paro (ver Tabla 1).

La mitad de la muestra (57.90 %) presenta serias dificultades para pagar la hipoteca o lleva un retraso en el pago de la hipoteca o alquiler y el 42.10 % se encuentra dentro del proceso judicial (e.g., la entidad financiera ha

Tabla 1

*Nº de sujeto y porcentaje (%), en las distintas variables sociodemográficas (fase del proceso de desahucio, sexo, estado civil, vivir en pareja, nivel de estudios y situación laboral)*

	N	%
Fase del proceso de desahucio		
Dificultades	110	57.90 %
Proceso judicial	80	42.10 %
Sexo		
Hombres	83	40.50 %
Mujeres	122	59.50 %
Estado civil		
Casado/a	102	51.30 %
Soltero/a	52	26.10 %
Separado/Divorciado/a	39	19.60 %
Viudo/a	6	3.00 %
Vive en pareja		
Sí	139	68.50 %
No	64	31.50 %
Nivel de estudios		
Estudios primarios	103	50.70 %
Estudios secundarios	79	38.90 %
Estudios universitarios	21	10.30 %
Situación laboral		
Trabaja (empleo remunerado)	48	24.90 %
Está en paro y ha trabajado antes	123	63.70 %
Jubilado (trabajó anteriormente)	9	4.70 %
Ama de casa	11	5.70 %
Incapacidad/invalidez permanente	2	1.00 %

notificado la situación al juzgado, ejecución hipotecaria, etc.; ver Tabla 1). El principal motivo aducido para explicar la situación en que se encuentran ha sido la pérdida de trabajo (58.20 %). Los criterios de inclusión en el estudio fueron: (a) encontrarse en alguna de las fases del proceso de desahucio y (b) desear participar de manera voluntaria en el estudio.

## **Instrumentos de evaluación**

La puntuación en la prueba selectiva, se estima a Se diseñó un cuestionario que incluía variables de salud física y psicológica y hábitos relacionados con la salud, entre otras. Parte del cuestionario se elaboró a partir de las preguntas de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS 2011). La Encuesta Andaluza de Salud (EAS 2011) está conformada por una muestra representativa de la población residente en la comunidad andaluza mayor de 16 años ( $N=6511$  personas) (Sánchez, García y Mayoral, 2013).

En este trabajo, nos vamos a centrar en algunos de los ítems sobre hábitos relacionados con la salud, concretamente, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Los ítems que recoge este cuestionario sobre el consumo de tabaco y alcohol, son los siguientes:

*¿Fuma usted tabaco?* (con cuatro opciones de respuesta: Si, fumo diariamente, Si fumo pero no diariamente, No fumo pero he fumado, No fumo ni he fumado nunca).

*¿Qué cantidad de tabaco fuma usted por término medio al día?*

*¿Ha constatado usted cambios significativos en el consumo de tabaco atribuibles al proceso de desahucio?* (con tres opciones de respuesta: Aumenta, Disminuye, Sin cambio).

*¿Consumo usted algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes?* (con tres opciones de respuesta: «Si», «No, menos de una vez al mes», «No consume bebidas alcohólicas»). Dado que la

opción de respuesta «No, menos de una vez al mes» es elegida por un porcentaje muy bajo de la muestra entrevistada, para los análisis estadísticos, se ha simplificado en dos opciones de respuesta: Si y No consume bebidas alcohólicas o es menos de una vez al mes).

*¿Ha bebido usted en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?*

*¿Ha constatado usted cambios significativos en el consumo de alcohol atribuibles al proceso de desahucio?* (con tres opciones de respuesta: «Aumenta», «Disminuye», «Sin cambio»).

## **Procedimiento**

La presente investigación se ha llevado a cabo entre abril de 2013 y mayo de 2014 en colaboración con la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) *Stop Desahucios* de Granada. La captación de los participantes se llevó a cabo en las propias asambleas de la plataforma. Las entrevistas comenzaban hora y media antes de las reuniones de la asamblea en las mismas dependencias físicas. En el momento de la realización de la encuesta se les entregaba una carta presentando el estudio y obteníamos el consentimiento informado. Se realizaron encuestas en un total de siete asambleas celebradas semanalmente en los distintos barrios de la capital y su Área Metropolitana. Todas las entrevistas se realizaron de forma individual y tuvieron una duración aproximada de una hora. Este proyecto ha pasado por el Comité Ético para la Investigación de la Escuela de Salud Pública de Granada.

## **Diseño**

Se ha utilizado un diseño transversal exploratorio-descriptivo.

## Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos han sido realizados con el programa SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Se han llevado a cabo análisis descriptivos, pruebas *t* para muestras independientes, pruebas no paramétricas *Chi cuadrado*.

## Resultados

### Tabaco

En la muestra evaluada, el 53.00 % de los participantes fuman diariamente, mientras el que 44.40 % no fuma actualmente o no ha fumado nunca.

Tabla 2

Nº de sujeto y porcentaje (%), *Chi cuadrado* (X) y nivel de significación (p), en función de las distintas variables sociodemográficas (fase del proceso de desahucio, sexo, estado civil, vivir en pareja, nivel de estudios y situación laboral) en la variable consumo de tabaco

	Si, fuma diariamente N (%)	Si fuma pero no diariamente N (%)	No fuma pero ha fumado N (%)	No fuma ni ha fumado nunca N (%)	X	p
<i>Fase proceso desahucio</i>						
Dificultades	57 (52.29 %)	1 (00.90 %)	25 (22.94 %)	26 (23.85 %)	2.496	.476
Proceso judicial	45 (60.00 %)	2 (02.67 %)	12 (16.00 %)	16 (21.33 %)		
<i>Sexo</i>						
Hombres	45 (54.22 %)	0 (00.00 %)	23 (27.71 %)	13 (15.66 %)	10.005	.019 *
Mujeres	60 (49.18 %)	5 (04.09 %)	19 (15.53 %)	33 (27.05 %)		
<i>Estado civil</i>						
Casado/a	39 (39.80 %)	2 (02.04 %)	29 (29.59 %)	28 (28.57 %)	17.058	.048 *
Soltero/a	29 (59.18 %)	2 (04.08 %)	8 (16.33 %)	10 (20.41 %)		
Separado/divorciado	29 (74.36 %)	1 (02.56 %)	4 (10.26 %)	5 (12.82 %)		
Viudo/a	4 (66.67 %)	0 (00.00 %)	1 (16.67 %)	1 (16.67 %)		
<i>Vive en pareja</i>						
Si	62 (45.93 %)	3 (02.22 %)	34 (25.16 %)	36 (26.67 %)	8.553	.036 *
No	41 (67.21 %)	2 (03.28 %)	8 (13.11 %)	10 (16.39 %)		
<i>Nivel de estudios</i>						
Primarios	50 (49.50 %)	3 (02.97 %)	22 (21.78 %)	26 (25.74 %)	4.299	.636
Secundarios	44 (57.89 %)	2 (02.63 %)	17 (22.37 %)	13 (17.11 %)		
Universitarios	10 (50.00 %)	0 (00.00 %)	3 (15.00 %)	7 (35.00 %)		
<i>Situación laboral</i>						
Trabaja	31 (65.96 %)	3 (06.38 %)	4 (08.51 %)	9 (19.15 %)	28.985	.004 *
En paro	59 (49.17 %)	0 (00.00 %)	34 (28.33 %)	27 (22.50 %)		
Jubilado/a	4 (44.44 %)	1 (11.11 %)	1 (11.11 %)	3 (33.33 %)		
Ama de casa	2 (20.00 %)	0 (00.00 %)	2 (20.00 %)	6 (60.00 %)		
Incapacidad permanente	2 (100.00 %)	0 (00.00 %)	0 (00.00 %)	0 (00.00 %)		

Analizados los porcentajes en función de las distintas variables sociodemográficas (sexo, estado civil, vivir en pareja y nivel de estudios y situación laboral), observamos diferencias significativas en las siguientes variables:

El sexo: Comparando hombres y mujeres, un mayor porcentaje de hombres fuma actualmente y un mayor porcentaje de mujeres, ha dejado de fumar ( $p = .019$ ) (ver Tabla 2).

Estado civil y vivir en pareja: Tanto los separados/divorciados, viudos y solteros y los que no viven en pareja, fuman diariamente un mayor porcentaje que el grupo de casados o personas que viven en pareja ( $p = .048$  y  $p = .036$  respectivamente).

Situación laboral: un mayor porcentaje de personas que trabajan fuman diariamente, en comparación con el resto y estas diferencias son significativas ( $p = .004$ ).

No se observan diferencias significativas ni en función de la fase del proceso de desahucio ni en función del nivel de estudios.

El consumo medio de las personas en proceso de desahucio que fuman es de 14.54 cigarrillos al día ( $DT = 7.36$ ). Analizadas las diferencias en función de las distintas variables sociodemográficas, no se encuentran diferencias significativas, a excepción de la variable fase del proceso de desahucio. El consumo medio de las personas que presentan dificultades o retraso para pagar la hipoteca es de 13.65 cigarrillos al día ( $DT = 8.20$ ) y las personas que han entrado en el proceso judicial es de 16.62 ( $DT = 6.78$ ), estando muy próximo al nivel de significación ( $t = -1.944, p = .055$ ).

En relación a la pregunta de si han observado cambios en el consumo de tabaco que puedan ser atribuidos al proceso de desahucio, el 36.50 % indica que ha observado un aumento, no observándose diferencias en función de las distintas variables sociodemográficas analizadas, salvo en la variable fase del proceso de desahucio en que se encuentran. Concretamente, el 32.35 % de las personas que tienen dificultades para el pago de la hipoteca frente al 50 % de las personas que han entrado en el proceso judicial, han aumentado el consumo de tabaco. Y estas diferencias son significativas ( $\chi^2 = 8.494, p = .037$ ).

## Alcohol

En relación al porcentaje de participantes que consumen alcohol al menos una vez al mes, observamos diferencias significativas en función de las variables sexo (mayor porcentaje en hombres), estado civil (mayor porcentaje en viudos y casados y en personas que no viven en pareja). No se observan diferencias significativas ni en función de la fase del proceso de desahucio, nivel de estudios, ni en función de la situación laboral.

El 43.90 % de la muestra entrevistada, ha consumido alguna bebida alcohólica en las dos últimas semanas. Sin embargo, no hay diferencias en el porcentaje de personas que han consumido bebidas alcohólicas en las dos

últimas semanas en función de las diferentes variables analizadas.

En relación a la pregunta de si han observado cambios en el consumo de alcohol que puedan ser atribuidos al proceso de desahucio, el 11.94 % de las personas entrevistadas indica que ha observado un aumento, no observándose diferencias en función de las distintas variables sociodemográficas analizadas, salvo en la variable sexo: El 20.73 % de los hombres, frente al 5.88 % de las mujeres, indican que ha aumentado su consumo de alcohol desde que están inmersos en el proceso de desahucio, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 20.375, p = .000$ ).

## Discusión

El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer como inciden ciertos hábitos comportamentales relacionados con la salud (consumo de tabaco y alcohol) en una muestra de personas inmersa en el proceso de desahucio, así como, detectar si existen diferencias en función de determinadas variables sociodemográficas.

En relación al consumo de tabaco, en hombres, hay un mayor porcentaje de fumadores a diario frente al grupo de mujeres; encontramos además que el estado civil y el hecho de vivir en pareja, influyen; concretamente en el grupo de personas que no viven en pareja, así como solteros, separados y viudos, se observa un mayor porcentaje de fumadores diarios.

En relación a la situación laboral, las personas que trabajan fuman diariamente en mayor porcentaje que los que no trabajan.

Las diferencias sexuales en relación al consumo de tabaco diario, va en la misma línea que los datos publicados por el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2012); mayor porcentaje de hombres que de mujeres. Aunque en nuestro estudio el porcentaje es mucho mayor (hombres = 54.22 %; mujeres = 49.18 %), que en los recogidos en el Informe del Sistema Nacional de Salud, tanto si comparamos con las cifras de España (hom-

bres = 27.90 %; mujeres = 20.20 %), como de Andalucía (hombres = 29.70 %; mujeres = 24.60 %).

Los datos obtenidos que relacionan el estado civil (casados y/o vivir en pareja con un menor consumo de tabaco diario) en las personas en proceso de desahucio, podría encajar dentro de la propuesta clásica abalada por estudios transversales, longitudinales y retrospectivos que han mostrado una mayor prevalencia e incidencia de muchos desórdenes tanto físicos como psicológicos, así como una menor esperanza de vida entre las personas sin pareja (Acock y Hurlbert, 1993; Mastekaasa, 1993).

Por contra, nuestros datos no van en la línea de los resultados publicados por Gallus et al. (2015), en los que informa que la situación de crisis en Estados Unidos ha hecho que el consumo de tabaco disminuya en la población trabajadora y en cambio, aumente entre los desempleados. En nuestra muestra de personas en riesgo de perder su vivienda, observamos un mayor porcentaje de fumadores diarios en el grupo de trabajadores, frente al grupo en situación de desempleo. Una posible explicación podría estar en las condiciones de precariedad que tienen la mayoría de los empleos de las personas que forman parte de este estudio; no olvidemos que todas ellas están inmersas en un proceso de desahucio debido a la dificultad para hacer frente al pago de la hipoteca.

En cuanto al número de cigarrillos que fuman, no se observan diferencias en función de las variables sociodemográficas analizadas, salvo la variable fase del proceso de desahucio; las personas que están en una fase más avanzada (han entrado en un proceso judicial), consumen más cigarrillos a diario. Estos datos podrían explicarse planteando que la fase judicial, es una situación más estresante, si cabe y que una forma de afrontar dichos niveles de estrés es a través del consumo de tabaco (Becoña y Vazquez, 1999).

Analizados los cambios atribuidos a vivir el proceso de desahucio, las personas que han entrado en el proceso judicial, un mayor porcentaje perciben cambios (aumento del consumo de tabaco) que las que están en las primeras fases (dificultades para pagar la hipoteca). Entendemos que estamos ante una situación que se mantiene en el tiempo durante años (se trata de una situación

estresante crónicamente mantenida) y en la que el paso del tiempo complica la situación. Algunos estudios indican el agravamiento de la salud mental de estas personas a medida que avanza el proceso de desahucio (Ramis-Pujol, 2014).

En relación al consumo de alcohol, aunque en las dos últimas semanas en nuestro estudio no se observan diferencias en el consumo en función de las distintas variables sociodemográficas analizadas, los datos indican que en la muestra de personas en proceso de desahucio, consumen más alcohol los hombres, personas casadas y viudas y que no viven en pareja. No se observan diferencias en función de la situación laboral, ni del nivel de estudios.

La disminución del consumo medio de alcohol en situaciones de crisis, ha sido documentado en algunos estudios (Catalano, 1997; Colell et al., 2015) debido a la menor renta disponible para su compra, sin embargo, si se ha observado un aumento en el consumo del alcohol patológico en hombres debido al aumento de los niveles de ansiedad derivada de la pérdida de trabajo o dificultades económicas (Colell, et al., 2015) aunque algunos estudios no encuentran diferencias entre hombres y mujeres; ni en función de la situación laboral (Catalano, 1997). Los resultados encontrados en relación a mayor consumo de alcohol en personas que no viven en pareja, van en la misma línea que los encontrados sobre el consumo de tabaco (Acock y Hurlbert, 1993; Mastekaasa, 1993); sin embargo, encontramos diferencias significativas a favor de un mayor consumo en casados/as y viudos (frente a solteros/as, separados/divorciados/as). Estos datos son algo contradictorios con los datos sobre consumo de tabaco indicados en personas que viven en pareja. Es posible que las implicaciones del estatus de casado/a no sea equivalente al estatus de vivir en pareja (entendemos que una persona puede estar casada y no ser una relación satisfactoria, sino que la situación económica los obliga a mantener esa situación).

Sobre si observan cambios atribuibles al proceso de desahucios, mayor porcentaje de hombres aumentan el consumo de alcohol desde que están sufriendo el proceso de desahucio; estos datos en la línea de los encontrados por Gilis et al. (2013), y Pollack y Lynch (2009) que se-

ñalan un aumento de consumo de alcohol en períodos de crisis económicas.

De Goeij y colaboradores (2015) nos hablan de dos mecanismos por los que las crisis económicas pueden modular el consumo de alcohol: El primer mecanismo propone que la angustia psicológica provocada por el desempleo y reducción de los ingresos o situaciones de trabajo precario puede aumentar el consumo perjudicial y sus consecuentes problemas con la bebida. La gente puede beber más cuando se sienten ansiosos, deprimidos y frustrados por estas situaciones y beber se convierte en un mecanismo de defensa para aliviar la angustia. Esto se ha observado principalmente en hombres y no tanto en mujeres. El segundo mecanismo propone que, debido a las limitaciones del presupuesto más estrictas, se gasta menos dinero en bebidas alcohólicas. La evidencia muestra principalmente una reducción en el volumen del consumo de alcohol y el número de bebidas en lugar de una reducción en consumo excesivo y problemático (De Goeij et al., 2015).

Es cierto que en la muestra analizada, no todas las personas presentan hábitos no saludables (consumo de tabaco y alcohol), ni perciben cambios (aumento) del consumo de tabaco y alcohol desde que han entrado en riesgo de perder su vivienda; estos datos podrían relacionarse con la propuesta de algunos investigadores de que los períodos de recesión económica no siempre están ligados a mayor mortalidad y peor salud física (Ruhm, 2000; Tapia Granados, 2005), debido a que las restricciones económicas limitan el acceso a determinadas sustancias perjudiciales para la salud (menores recursos económicos para adquirir tabaco y alcohol) y aumentan ciertos patrones de conducta saludables (menores recursos para coger el coche, aumenta la actividad física para los desplazamientos). Según las estimaciones de Ruhm (2000), la caída del 1 % de la población trabajadora reduce la prevalencia de tabaquismo en un 0.6 %. Este efecto se ha notado en particular en los grandes fumadores.

Entre las limitaciones del presente trabajo podemos señalar el número de participantes en el estudio, que sin ser desdeñable, los datos estadísticos podrían ser más potentes si la muestra fuera más amplia; por otra parte,

las personas entrevistadas estaban asistiendo a la plataforma Stop Desahucios, por lo que entendemos que estaban recibiendo un apoyo importante a todos los niveles; sería interesante poder incluir personas que estén en riesgo de perder su vivienda pero no reciban este tipo de apoyo. Por último, señalar que la información podría haber sido más rica si se hubiesen incluido otro tipo o mayor número de preguntas sobre el consumo de tabaco y alcohol.

Podemos concluir que las personas que están en riesgo de perder su vivienda habitual presentan un riesgo importante de desarrollar hábitos no saludables que ponen en peligro su salud, por lo que deberían constituir una población prioritaria en el Sistema de Salud Pública.

## Referencias

- Acock, A. C. y Hurlbert, J. S. (1993). Social networks, marital status, and well-being. *Social Networks*, 15(3), 309-334. [http://dx.doi.org/10.1016/0378-8733\(93\)90010-I](http://dx.doi.org/10.1016/0378-8733(93)90010-I)
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1999). La relación entre fumar y depresión en la adolescencia: implicaciones clínicas y preventivas. *Adicciones*, 11, 127-135.
- Bolívar Muñoz, J., Bernal Solano, M., Mateo Rodríguez, I., Daponte Codina, A., Escudero Espinosa, C., Sánchez Cantalejo, C., ... y Vila Castellar, J. (2015). La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 4-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.002>
- Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Bartoll, X., Malmusi, D. y Novoa, A. M. (2014). El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud Colectiva*, 10(1), 95-98.
- Burgard, S. A., Seefeldt, K. S. y Zelner, S. (2012). Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study. *Social Science & Medicine*, 75, 2215-2224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.020>
- Cannuscio, C. C., Alley, D. E., Pagán, J. A., Soldo, B., Krasny, S., Shardell, M., ... y Lipman, T. H. (2012). Housing strain, mortgage foreclosure, and health. *Nursing Outlook*, 60(3), 134-142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2011.08.004>
- Catalano, R. (1997). An emerging theory of the effect of economic contraction on alcohol abuse in the United States. *Social Justice Research*, 10, 191-201. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02683312>
- Colell, E., Sanchez-Niubo, A., Delclos, G. L., Benavides, F. G. y Domingo-Salvan, A. (2015). Economic crisis and changes in drug use in the Spanish economically active population. *Addiction*, 110(7), 1129-1137. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12923>
- Cooper, B. (2011). Economic recession and mental health: an overview. *Neuropsychiatre*, 25(3), 113-117.
- Davila Quintana, C. D. y González López-Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- De Goeij, M., Suhrcke, M., Toffolutti, V., van de Mheen, D., Schoenmakers, T. M. y Kunst, A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Social Science & Medicine*, 131, 131-146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.025>
- Del Pozo, J. A., Ruiz, M. A., Pardo, A. y San Martin, R. (2002). Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Psicothema*, 14(2), 440-443.
- Desmond, M. (2012). Eviction and the reproduction of urban poverty. *American Journal of Sociology*, 118, 88-133.
- Dooley, D., Prause, J. y Ham-Rowbottom, K. A. (2000). Underemployment and depression: Longitudinal relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 421-436.
- Dragano, N., Verde, P. y Siegrist, J. (2005). Organizational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 694-699. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.035089>
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud* (2012). Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/isInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf>
- Escribà-Agüir, V. y Fons-Martínez, J. (2014). Crisis económica y condiciones de empleo: diferencias de

- género y respuesta de las políticas sociales de empleo. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 28(Suppl 1), 37-43.
- Flores, M., García-Gómez, P. y Zunzunegui, M. V. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 28(Suppl 1), 132-136.
- Gallus, S., Ghislandi, S. y Muttarak, R. (2015). Effects of the economic crisis on smoking prevalence and number of smokers in the USA. *Tobacco Control*, 24(1), 82-88. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050856>
- García-Altés, A. y Ortún, V. (2014). Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 (Suppl 1), 31-36.
- Gili, M. García Campayo, J. y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(Supl 1), 104-108.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23, 103-108. <http://dx.doi.org/10.1093/ejph/cks035>
- Goldman-Mellor, S., Saxton, K. y Catalano, R. C. (2010). Economic contraction and mental health. A review of the evidence 1990-2009. *International Journal of Mental Health*. 39, 6-31. <http://dx.doi.org/10.2753/IMH0020-7411390201>
- Leach, L. S., Butterworth, P., Strazdins, L., Rodgers, B., Broom, D. H. y Olesen, S. C. (2010). The limitations of employment as tool for social inclusion. *BMC Public Health*. 10, 621-634. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-621>
- Levy, B. S. y Sidel, V. (2009). The economic Crisis and public Health. *Social Medicine*, 4(2), 82-87.
- Mastekaasa, A. (1993). Marital status and subjective well-being: A changing relationship? *Social Indicators Research*, 29(3), 249-276. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01079515>
- Pollack, C. E. y Lynch, J. (2009). Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1833-1839. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.161380>
- Ramis-Pujol, J. (2014). Una aproximación multidisciplinar al desahucio hipotecario basada en estudios de caso. *Fundación Innovación, acción y conocimiento y Universitat Ramón Llull*. 2014. Recuperado de <http://www.fiayc.org/fileserver2/61753948DesahuciosHipotecarios.EstudiosCaso.Ramis.Vcorta.pdf>.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J. y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Ruiz-Ramos, M., Córdoba-Doña, J. A., Bacigalupe, A., Juárez, S. y Escolar-Pujolar, A. (2014). Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 89-96.
- Ruhm, C. J. (2000). Are recessions good for your health? *The Quarterly Journal of Economic*, 115, 617-650. <http://dx.doi.org/10.1162/003355300554872>
- Sánchez, J. J., García, Ll. y Mayoral, J. M. (2013). *Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Muestra de Adultos*. Sevilla, España: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs/alud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/EAS\\_2011\\_2012\\_Adultos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs/alud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf)
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009). The public health effect of economic

crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374, 315-323.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

Tapia Granados, J. A. (2005). Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population*, 21, 393-422.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10680-005-4767-9>

Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P. y Ferrie, J. E. (2004). Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328, 1-5.  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.37972.496262.0D>

Valiño, V. (2013). *Emergencia habitacional en el estado español: la crisis de las ejecuciones hipotecarias y los desalojos desde una perspectiva de derechos humanos*. Barcelona, España: Observatorio DESC, Plataforma de afectados por la hipoteca.

## EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ALUMNADO DE LA UNIVERSIDAD DE JAÉN

## THE DRUG USE IN STUDENTS FROM THE UNIVERSITY OF JAEN

M<sup>a</sup> DEL MAR DÍAZ-CASTELA<sup>1</sup>, BEGOÑA ANGUIANO-GARRIDO<sup>1</sup> Y  
JOSÉ ANTONIO MUELA-MARTÍNEZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Díaz-Castela, M., Anguiano-Garrido, B., y Muela-Martínez, J. A. (2016). El consumo de drogas en el alumnado de la Universidad de Jaén [The drug use in students from the University of Jaen]. *Acción Psicológica*, 13(1), 53-66. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16723>

### Resumen

En los últimos años, el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes ha incrementado ostensiblemente (OMS, 2011). Por ello, el objetivo de este trabajo es conocer el estado actual del consumo de drogas entre los grupos de consumidores de alto y bajo riesgo en alcohol y tabaco. Para ello se realizó un estudio descriptivo basado en una encuesta, con una muestra de 303 estudiantes de la Universidad de Jaén. Los resultados indican un aumento del consumo de las sustancias psicoactivas en este año y que el alcohol y el tabaco se relacionan con la ingesta de otras sustancias psicoactivas en población universitaria. De lo anterior se deduce la necesidad de seguir trabajando en la

concienciación de esta población sobre el peligro de la droga y establecer mejoras en las acciones preventivas en el contexto universitario que se han llevado a cabo hasta ahora, para así disminuir en lo posible el consumo.

**Palabras clave:** sustancias psicoactivas; consumo; universitarios; cannabis; abuso de alcohol.

### Abstract

In recent years, the consumption data of psychoactive substances among young people have increased (WHO, 2011). Therefore, the objectives of this study were known the current status of drug use among consumer groups and high-risk alcohol and tobacco. A

**Correspondencia:** José Antonio Muela-Martínez. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Jaén.

**Email:** jmuela@ujaen.es

<sup>1</sup> Universidad de Jaén, España.

Recibido: 02 de enero de 2016.

Aceptado: 07 de marzo de 2016.

descriptive and cross-sectional study based on a survey was conducted, in a sample of 303 university students from the University of Jaen. The results indicate an increase of psychoactive substances over the years and that alcohol and tobacco seem to favor the intake of other psychoactive substances in university population. So it is necessary to continue working on awareness and establish improvements in preventive actions in the university context, in order to reduce as far as possible, the effects of consumption.

**Keywords:** psychoactive drugs; consumption; university; cannabis; alcohol abuse.

## Introducción

Las investigaciones coinciden en informar del constante incremento del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales en la población universitaria (Oliveira et al., 2009). Por otra parte, y de forma alarmante, el inicio del consumo está comenzando a edades cada vez más precoces (Mosqueda-Díaz y Carvalho, 2011). La escasa percepción de riesgo y la gran tolerancia social existente entre los jóvenes ante la ingesta de sustancias psicoactivas han contribuido a la normalización y generalización de su consumo (Sánchez-Pardo, 2002).

En diferentes estudios se ha comprobado que la droga ilegal más consumida es el cannabis y el alcohol es la más consumida de las drogas legales (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2014). La OMS (2014) asegura que el tercer motivo de riesgo para la sociedad en los países industrializados es el consumo de alcohol.

Tanto la Encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2013) como los estudios que analizan la prevalencia en nuestro país (Currie et al., 2008; Jiménez-Muro et al., 2009) afirman que el consumo de drogas está más extendido entre las personas de 15 a 34 años tanto para las drogas legales como para aquellas de comercio ilegal. Las sustancias legales

que presentan una mayor prevalencia en el consumo son el alcohol y el tabaco. Y son el cannabis seguida de la cocaína, las drogas que mayor prevalencia de consumo tienen entre las drogas ilegales. De hecho, España es el tercer país con la mayor tasa de consumo de cannabis entre los jóvenes, por detrás de Canadá y Suiza. El estudio EDADES (2013) nos indica que el inicio del consumo de alcohol se produce a edades muy tempranas, en la mayoría de los casos precedido del consumo experimental de tabaco. Como es de esperar, aquellas drogas de fácil acceso con mayores prevalencias son las consumidas por primera vez a una menor edad, es decir, tabaco (16.4 años) y alcohol (16.7 años). Entre las sustancias ilegales, de nuevo el cannabis es el que sitúa la edad de inicio más temprana (18.6 años).

Las bebidas alcohólicas son un producto de producción, distribución y consumo legal, cuyo uso se halla plenamente incorporado y normalizado en nuestra cultura (Pascual-Pastor, 2002; Sánchez-Pardo, 2001). El 90.9 % de la población española entre 15 y 64 años han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 76.6 % de la población lo ha consumido alguna vez en el último año y el 62.3 % en el último mes (Muela, Espinosa, López, De los Riscos y Rodríguez, 2008).

Por otra parte, observando el consumo de tabaco, la evolución en el consumo diario de tabaco por grupo de edad muestra una disminución en la prevalencia que se observa en el año 2013 con respecto a años anteriores (EDADES, 2013).

Hoy en día, uno de los colectivos más vulnerables es el de los jóvenes-adultos que son especialmente sensibles al mantenimiento e incremento de dichos consumos (Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social-FPAADIS, 2009). Y dentro del colectivo de jóvenes, los estudiantes universitarios representan una población especialmente activa en este ámbito (Ministerio de Educación Cultura y Deporte-MECD, 2014), presentando un consumo especialmente abundante de tabaco, alcohol y cannabis (Caamaño-Isorna et al. 2011; Kasperski et al. 2011).

Como sugieren Gómez, Herde, Laffee, Lobo y Martín (2007), la población universitaria afectada por el con-

sumo representa una gran problemática para la sociedad, por lo que resulta ineludible reaccionar ante ella. Sin embargo, pese a la necesidad de activar estrategias preventivas eficaces en estos jóvenes, son bastante limitados los estudios en este sentido de carácter internacional (Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, 2006; Kasperski et al., 2011) o nacional (Domingo-Salvany, 2011; Martín-Montañez et al., 2011).

Míguez y Becoña (2009) consideraban la necesidad de establecer estrategias preventivas en este colectivo, pero dudaban de los datos obtenidos, ya que existían limitaciones experimentales (encuestas poblacionales) que condicionaban la obtención de resultados fidedignos en colectivos concretos como el de los estudiantes universitarios. Además, también existen otras fuentes de error en estos estudios: gran parte de estudios sobre consumo de sustancias tóxicas en jóvenes se realizan en tramos de edad anteriores como la adolescencia (Domingo-Salvany, 2011) y el consumo de drogas de los universitarios está asociado básicamente a momentos de ocio (Nieves-Martín, 2010; Sim, Jordan-Green, Lee, Wolfman y Jahangiri, 2005; Viñas y Herrero, 2004).

Por tanto, parece ser que los patrones de consumo de drogas en universitarios son diferentes a los de la población juvenil. La juventud universitaria española consume más cannabis y cocaína que la juventud española en general, presentando comportamientos diferentes y específicos de policonsumos (EMCDDA, 2010; OEDT, 2013). En resumen, los estudios anteriormente señalados coinciden en un mayor consumo de sustancias por parte de jóvenes universitarios y es éste el contexto donde se sitúa la mayor dificultad para poder intervenir con acciones de prevención en drogadicción, confirma Míguez (1998).

Por todo lo anterior, son los universitarios un colectivo relevante, en el que plantear estudios sobre la detección de patrones de consumo y abuso de sustancias psicoactivas, con el objetivo último de poder instaurar estrategias preventivas eficaces en la salud pública y en los propios campus universitarios. En este sentido, este estudio tiene como objetivo conocer el estado actual del consumo de drogas entre los grupos de consumidores de alto y bajo riesgo en alcohol y tabaco.

## Método

### *Participantes*

La muestra estaba formada por 303 alumnos, donde 104 eran hombres (34.32 %) y 199 eran mujeres (65.68 %). La media de edad fue de 21.19 y 3.75 de desviación típica. La muestra representó las cinco ramas del conocimiento en las que se dividen las facultades y escuelas de la Universidad de Jaén (Humanidades, Ciencias Experimentales, Ciencias Sociales y Jurídicas, Ciencias de la Salud e Ingenierías Técnicas).

### *Instrumentos de evaluación*

La recolección de la información se llevó a cabo mediante una encuesta sobre hábitos de consumo y otras variables sociodemográficas, basada en la encuesta utilizada en el estudio “Los andaluces ante las drogas” (EDIS, 2005) de la Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social-FPAADIS (2009). La encuesta consta de 119 cuestiones, la cual, evalúa variables sociodemográficas y de hábitos y actitudes ante el consumo, más concretamente se les preguntaba acerca del: consumo de tabaco y alcohol, consumo de otras sustancias, botellón.

### *Procedimiento*

Una vez seleccionada la muestra se procedió a la recogida de información. Se contactó con un profesor de cada grado seleccionado de la Universidad de Jaén, que facilitó el contacto con la muestra. Una vez informados los alumnos sobre los objetivos del estudio, se solicitó su colaboración. Los que no desearon participar podían abandonar el aula. La prueba se administró de forma colectiva, con una duración aproximada de una hora, en horario de clase. Antes de entregar el cuestionario, los sujetos fueron informados sobre la voluntariedad y confidencialidad de sus respuestas. Los participantes

debían de cumplimentar el consentimiento informado (Faden, Beauchamp y King, 1986).

## Resultados

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 22. Para obtener los resultados se realizaron pruebas t de Student y Razón de Verosimilitud.

Antes de realizar los análisis se realizó una clasificación teniendo en cuenta si los estudiantes universitarios eran consumidores de alcohol de alto riesgo o de bajo riesgo para ello se contabilizó el número de Unidad de Bebida Estandar (UBES) consumidas. Siguiendo la literatura, Pascual-Pastor, Guardia, Pereiro y Bobes (2013) afirman que para detectar si la persona tiene una dependencia o hace un abuso del alcohol, es necesario conocer la UBE, se trata de una forma de cuantificar la cantidad de alcohol. Rodriguez-Martos, Gual y Llopis-LLacer (1999) afirman que una UBE en España contiene 10 gramos. De tal forma que una UBE equivale a: una caña o copa (250 ml) de cerveza, un vaso pequeño o copa (100 ml) de vino o cava, media copa (50 ml) de vinos generosos y media copa, un chupito o medio combinado (25 ml) de destilados del tipo coñac, anís, ginebra, ron, vodka, o whisky. Una vez halladas el número de UBES consumidas tanto en días laborables, como en fines de semana y la suma total de ambas. Se siguió la clasificación de Pascual-Pastor et al. (2013).

Debido a que, como afirman dichos autores (Pascual-Pastor et al., 2013), el consumo peligroso o zona gris es

ambiguo y no está del todo claro, se ha considerado adecuado unificar el consumo peligroso con el consumo de alto riesgo en el consumo de alcohol.

Para comprobar las posibles diferencias entre los distintos tipos de consumidores de alcohol y tabaco en el consumo de otras sustancias (y en otras variables) se realizaron diversos análisis.

Así, para el estudio del consumo de alcohol, se realizó una t de Student teniendo en cuenta el tipo de consumidor de alcohol (de bajo riesgo y de alto riesgo) para conocer si existen diferencias significativas en variables relacionadas con el consumo de alcohol. Como se pueden observar los datos de la Tabla 1, los consumidores de alto riesgo en alcohol tienen una edad de inicio menor. Por otra parte, los consumidores de alto riesgo hacen más botellones y presentan un mayor número de intoxicaciones etílicas.

Se calculó la Razón de Verosimilitud para conocer la relación entre el haber probado alguna droga a lo largo de la vida y presentar un consumo de alcohol de alto o bajo riesgo en los jóvenes universitarios. Se obtuvieron relaciones significativas en las sustancias cannabis, cocaína y éxtasis. Encontrando que los consumidores de alto riesgo en alcohol son los que con más frecuencia han probado alguna vez esas sustancias (ver Tabla 2). No se han encontrado relaciones entre ser consumidor de alto o bajo riesgo de alcohol y haber probado el resto de sustancias (inhalables, alucinógenos, anfetaminas, tranquilizantes e hipnóticos).

Tabla 1

*Diferencias entre bajo y alto riesgo de consumo de alcohol en la edad de inicio en el consumo de alcohol, número de botellones y número de intoxicaciones etílicas*

		Media	N	DT	t de Student	p
<b>Edad inicio alcohol</b>	Bajo riesgo	15.61	132	1.41	$t_{247} = 4.43$	.0001
	Alto riesgo	14.82	117	1.39		
<b>Veces botellón</b>	Bajo riesgo	2.17	104	.71	$t_{220} = -5.05$	.0001
	Alto riesgo	2.73	118	.91		
<b>Intoxicación etílica</b>	Bajo riesgo	1.63	49	.80	$t_{126} = -3.23$	.0001
	Alto riesgo	2.82	79	2.48		

Tabla 2

*Porcentajes de sustancias según el consumo de alcohol*

	ALCOHOL		RV	gl	p
	Consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo			
CANNABIS					
No han probado la sustancia	n = 100 73.5 %	n = 62 51.2 %			
Si han probado la sustancia	n = 36 26.5 %	n = 59 48.8 %	13.74	1	.0001
Total de personas que han probado la sustancia	n = 36 37.9 %	n = 59 62.1 %			
COCAÍNA	Consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo	RV	gl	p
No han probado la sustancia	n = 134 98.5 %	n = 113 93.4 %			
Si han probado la sustancia	n = 2 1.5 %	n = 8 6.6 %	4.76	1	.029
Total de personas que han probado la sustancia	n = 2 20 %	n = 8 80 %			
ÉXTASIS	Consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo	RV	gl	p
No han probado la sustancia	n = 132 97.1%	n = 86.8 %			
Si han probado la sustancia	n = 4 2.9 %	n = 16 13.2 %	9.91	1	.002
Total de personas que han probado la sustancia	n = 4 20 %	n = 16 80 %			

Respecto al consumo de tabaco, la OMS (2006) clasifica a los fumadores en leves (consume menos de cinco cigarrillos diarios), moderado (fuma un promedio de seis a 15 cigarrillos diarios) y severo (fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio). También existe otro tipo de fumador, que tiene un nivel de consumo bajo pero constante, son los llamados fumadores light (Person, Chassin y Sherman, 2002). En esta línea, el consumo está asociado con el número de cigarrillos consumidos al día, de manera que se han agrupado los fumadores de nuevo en dos categorías: de bajo riesgo, aquellos que no fumaban, pero había fumado, o bien fumaban

ocasionalmente y los fumadores de alto riesgo, los cuales tenían un consumo diario severo. Así, se realizaron los mismos análisis que se hicieron con el alcohol, con el tabaco como variable de agrupación. Así, se calculó la t de Student para comprobar las diferencias entre consumidores de tabaco de alto y bajo riesgo en distintas variables, encontrándose que la edad de inicio de consumo de alcohol en consumo de tabaco de bajo riesgo es un poco más tardía frente al consumo de tabaco de alto riesgo. También resulta significativo conocer que el consumo de tabaco de alto riesgo responde a ir un mayor número de veces a hacer botellón (ver Tabla 3).

Tabla 3

*Diferencias entre el bajo y alto riesgo de consumo de tabaco en la edad de inicio en el consumo de alcohol, número de botellones y número de intoxicaciones etílicas*

		Media	N	dt	t de Student	p
Edad inicio alcohol	Bajo riesgo	15.50	210	1.45	$t_{247} = 4.72$	.0001
	Alto riesgo	14.43	51	1.40	$t_{259} = 4.72$	.0001
Número de veces que hacen botellón	Bajo riesgo	2.34	186	.87	$t_{230} = -2.26$	.0001
	Alto riesgo	2.67	46	1.01	$t_{230} = -2.26$	.0001

Por último, se han encontrado diferencias significativas en haber probado o no alguna sustancia entre los fumadores de alto o bajo riesgo. Existe un mayor número de personas que han probado todas las sus-

tancias excepto en tranquilizantes (inhalables, cannabis, cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas e hipnóticos) siendo fumador de alto riesgo (Tabla 4).

Tabla 4

*Porcentajes de sustancias según el consumo de tabaco*

	FUMAR					
	Bajo riesgo	Alto riesgo	RV	gl	p	
<b>INHALABLES</b>						
No han probado la sustancia	n = 22 99.1%	n = 51 92.7%				
Si han probado la sustancia	n = 2 .9 %	n = 4 7.3 %	6.41	1	.011	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 2 33.3 %	n = 4 66.6 %				
<b>CANNABIS</b>						
No han probado la sustancia	n = 165 73.7 %	n = 16 29.1%				
Si han probado la sustancia	n = 59 26.35 %	n = 39 70.9 %	37.07	1	.0001	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 59 60.2 %	n = 39 39.8 %				
<b>COCAINA</b>						
No han probado la sustancia	n = 222 99.1 %	n = 46 83.6 %				
Si han probado la sustancia	n = 2 .9 %	n = 9 16.4 %	20.81	1	.0001	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 2 18.2 %	n = 9 81.8 %				
<b>EXTASIS</b>						
No han probado la sustancia	n = 219 97.8 %	n = 40 72.7 %				
Si han probado la sustancia	n = 5 2.2 %	n = 15 27.3 %	31.58	1	.0001	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 5 25 %	n = 15 75.0 %				
<b>ALUCINÓGENOS</b>						
No han probado la sustancia	n = 223 99.6 %	n = 49 89.1 %				
Si han probado la sustancia	n = 1 .4 %	n = 6 10.9 %	14.69	1	.0001	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 1 14.3 %	n = 6 85.7 %				
<b>ANFETAMINAS</b>						
No han probado la sustancia	n = 222 99.1 %	n = 47 85.5 %				
Si han probado la sustancia	n = 2 .9 %	n = 8 14.5 %	17.73	1	.0001	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 2 20 %	n = 8 80 %				
<b>HIPNÓTICOS</b>						
No han probado la sustancia	n = 216 96.4 %	n = 49 89.1 %				
Si han probado la sustancia	n = 8 3.6 %	n = 6 10.9 %	4.13	1	.0001	
Total de personas que han probado la sustancia	n = 8 57.1 %	n = 6 42.9 %				

## Conclusiones

Este estudio se llevó a cabo ante la necesidad de conocer los avances en el consumo de sustancias en universitarios en la Universidad de Jaén, con base en los trabajos realizados con anterioridad (Muela et al. 2008). En concordancia con trabajos anteriores (Jiménez-Muro et al., 2009), los resultados muestran la existencia de un consumo de sustancias precedido por la ingesta de alcohol de tabaco. No es ninguna novedad que los estudios coincidan en señalar la elevada ingesta de alcohol por parte de los jóvenes españoles (Ballester, Gil y Guijado, 2000; López, Santín, Torrico y Rodríguez, 2003; Sánchez, 2000). De todas formas, no por esperado, debe ser éste un hecho que no obligue a la reflexión. Una vez más, se confirman el elevado consumo alcohol y, fundamentalmente de tabaco entre los estudiantes españoles (Inglés et al., 2007).

Los estudiantes universitarios son el colectivo que mayores cantidades de consumo muestran en las encuestas (EDADES, 2013), siendo la droga más consumida el alcohol, ya que se trata de un consumo considerablemente extendido y arraigado (Pascual-Pastor, 2002). Sin embargo, más preocupante resulta la elevada incidencia que sugiere nuestro estudio, con el consumo de otras sustancias adyacentes (cannabis, cocaína y éxtasis).

Las drogas son sin duda un problema importante en nuestro entorno, que conllevan dificultades en el desarrollo físico, psicológico y social. La edad de inicio disminuye cada año y cada vez están más accesibles para nuestra población de universitarios, según lo evidencian los estudios (Plan Nacional Sobre Drogas, EDADES 2013). De todas las drogas, parece ser que el alcohol y el tabaco son las más comunes y forman parte del estilo de vida ya que son elementos que se conciben como parte de la socialización (Barret, Darredeau y Pihl, 2006; Oliveira y Furegato, 2008). Aunque el desmesurado consumo no se traduzca en casi ningún caso en una ingesta diaria, no por ello son menos importantes las repercusiones sociales de este consumo.

Como ya se ha comentado con anterioridad, los datos del estudio indican, que del resto de sustancias psicoactivas estudiadas, el cannabis, es consumida por el doble de

jóvenes cuando el consumo de alcohol es de alto riesgo, poniéndose así de manifiesto que pueda existir una relación entre el consumo de sustancias legales o institucionalizadas y el inicio del consumo de las no institucionalizadas. Más significativo si cabe, resulta que los estudiantes universitarios que consumen alcohol de alto riesgo cuadriplican a aquellos que lo hacen de bajo riesgo ante el consumo de cocaína. Y es el éxtasis, el que adquiere el mayor porcentaje de aquellos que tienen un consumo de alto riesgo de alcohol, siendo éste seis veces mayor que el grupo que consume alcohol de bajo riesgo (13.2 % y 2.9 %). Quedan patentes, tanto el policonsumo como la progresión que se produce en el consumo de sustancias psicoactivas, desde las drogas “legales” a las “ilegales” (López et al., 2003).

Teniendo en cuenta que, los estudiantes universitarios alegan poseer unos conocimientos adecuados acerca del consumo y de los efectos de las drogas, no puede considerarse que las conductas de consumo se deban a la desinformación (Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner y Beranuy, 2007). Debido a que el policonsumo parece que viene facilitado por el alcohol y siendo ésta la sustancia más consumida en el tiempo de ocio de los universitarios, cabría plantearse formas alternativas para que los estudiantes de la Universidad de Jaén, no se iniciaran en el consumo de las mismas. Como no puede ser de otra forma, toca asumir el fracaso en los programas de prevención, ya que en la actualidad no resultan todo lo exitosos que en un principio se esperaba de ellos.

Entre las preocupaciones de esta sociedad no parece estar el detener el alto consumo de sustancias de los jóvenes universitarios, quienes serán los futuros profesionales de la educación, de la sanidad, de la investigación... y que difícilmente podrán realizar una adecuada labor de transmisión de hábitos saludables si ellos mismos mantienen una actitud positiva hacia el consumo de sustancias. Resulta pues, urgente, una intervención para paliar lo comentado anteriormente, ya que lo verdaderamente sorprendente es que invertir en prevención lleva un coste económico y social mucho menor que trabajar en paliar una patología ya establecida.

En relación con el consumo de tabaco, en la actualidad los universitarios obtienen una tasa muy alta

de consumo, de igual forma que en el alcohol, el estudio muestra cómo el ser fumador de alto riesgo parece favorecer el consumo de sustancias psicoactivas como inhalables, cannabis, cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas e hipnóticos. Aludiendo a lo dicho anteriormente, la única sustancia que no ha ofrecido diferencias significativas frente al consumo de tabaco han sido los tranquilizantes, parece ser que hacer uso de los tranquilizantes, no requiere un previo consumo del tabaco, pudiendo responder al hecho de que muchos jóvenes fuman para obtener la “falsa sensación” de calmar su ansiedad, por lo que, con la toma de tranquilizantes, el consumo de tabaco no sería necesario.

Son el doble los fumadores de alto riesgo los que consumen inhalables de aquellos que no lo son. En general esto se repite en todas las sustancias, incluso superando en más del doble en algunas de ellas, en el caso del cannabis, el 79.9 % que lo han probado son fumadores de alto riesgo y en el caso de la cocaína la diferencia es abismal, el 81.1 % de los fumadores de alto riesgo han probado esta droga, frente al 18.2 % de los fumadores de bajo riesgo. Existiendo una gran diferencia entre las personas que, siendo consumidores de las sustancias, han probado éxtasis (75.0 %), el 85.7 % alucinógenos y el 80.0 % anfetaminas son consumidores de alto riesgo de tabaco.

Ante estas elevadas cifras, cabría preguntarse qué es lo que está sucediendo. ¿Qué hace que el consumo de tabaco no sólo no descienda con el paso de los años, y que, además parece facilitar el consumo de otras sustancias? Resulta llamativo como en nuestra cultura se trabaja para la disminución del consumo del tabaco; subidas de impuestos, mensajes directos en las cajetillas, pero, ¿A quién van dirigidos? A raíz de estos resultados, se observa como dichas campañas no llegan de manera adecuada a este colectivo, quizás habría que hacer una revisión sobre la manera de hacer prevención actualmente, sobre las estrategias de acción contra el tabaquismo en nuestro país, y por ende, debe prestarse mayor atención a los jóvenes universitarios, ya que son los que más tabaco consumen y a los que menos efectivas resultan dichas campañas (García de Albéñiz, Guerra-Gutiérrez, Ortega-Martínez, Sánchez-Villegas y Martínez-González, 2004).

Otro hecho innegable es que estos resultados tienen especial relevancia para la política de salud, el que las políticas de salud incluyan medidas para retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol en la población general, no solamente tendrá repercusiones en la disminución del índice de fumadores y consumidores de alcohol, en el coste para la salud, como son los derivados de la atención a la patología consecuente con esta adicción, la muerte prematura, etcétera, sino que, en algunos casos, como se deduce de este estudio, también evitará la experimentación y el uso de otras drogas. Es claro, que este es un fenómeno complejo que requiere más estudio para identificar otros factores que intervienen en la experimentación de los jóvenes con el tabaco, como son los relacionados con la tolerancia social, la publicidad en los medios, la farmacología de la nicotina y sus efectos en el cerebro de los jóvenes, entre otros.

Por último, las conclusiones más importantes de este estudio son las siguientes. En primer lugar, se ha encontrado una elevada incidencia entre los estudiantes de la Universidad de Jaén en el consumo de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis. En segundo lugar, también se demuestra como el consumo de alto riesgo en tabaco y alcohol, parece favorecer el probar otras sustancias y facilita el policonsumo.

Como limitaciones, en este estudio no se ha explorado la comorbilidad de trastornos relacionados con sustancias. También se ha carecido de población de otras universidades, con el fin de compararlas. En el futuro, sería interesante tener en cuenta que los resultados presentados se han obtenido a través de un cuestionario y con población voluntaria, con lo que los resultados no están desprovistos de sesgos sobre deseabilidad social o que personas que quizás sean altos consumidores hayan rechazado participar en el estudio.

Sería deseable poder realizar estudios continuados y periódicos de este tipo de trabajos, en los diferentes tipos de población, permitiendo un análisis de la evolución temporal de las prevalencias y patrones de consumo de las distintas sustancias psicoactivas. Hecho que facilita la elaboración y puesta en práctica de programas de prevención e intervención. Otro aspecto a tener en cuenta en posteriores estudios es poder demostrar estadísticamente

si existe relación entre el consumo de sustancias legales o institucionalizadas y el inicio del consumo de las no institucionalizadas, con el propósito de corroborar o refutar los hallazgos, o continuar con estudios más específicos que permitan establecer relaciones de tipo causal.

## Referencias

- Ballester, R., Gil, M. D. y Guirado, M. C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo del alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 855-895.
- Barrett, S., Darredeau, C. y Pihl, R. (2006). Patterns of simultaneous poly-substance use in drug using university students [Los patrones de policonsumo de drogas en los estudiantes universitarios]. *Human Psychopharmacology*, 21, 255-263. <http://dx.doi.org/10.1002/hup.766>
- Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Corral, M., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2011). Consumption of medicines, alcohol, tobacco and cannabis among university students: a 2-year follow-up [El consumo de medicamentos, alcohol, tabaco y cannabis entre los estudiantes universitarios: seguimiento a los 2 años]. *International Journal Public Health*, 56, 247-252.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales. *Universitas Psichologicas*, 5, 521-534.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28, 196-204.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. y Rasmussen, B. (2008). *Inequalities in young people's health: International report from the HBSC 2005/06 survey* [Las desigualdades en la salud de los jóvenes: informe internacional de la encuesta HBSC 2005/06]. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Domingo-Salvany, A. (2011). Epidemiología del consumo de alcohol y drogas en jóvenes españoles. *Trastornos Adictivos*, 13, 3-5.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction-EMCDDA (2010). *The state of the drugs problem in Europe*. [El problema de las drogas en Europa]. Luxembourg. European Union
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*. Recuperado de [www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm)
- Faden, R., Beauchamp, T. y King, N. (1986). *A history and theory of informed consent* [Historia y teoría del consentimiento informado]. New York: Oxford University Press.
- Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social-FPAADIS (2009). *La población joven andaluza ante las drogas. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias*. Junta de Andalucía. Recuperado de [www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163\\_357862\\_EDIS\\_IX.PDF](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163_357862_EDIS_IX.PDF)
- García de Albéniz, X. A., Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A. y Martínez-González, M. A. (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Gaceta Sanitaria*, 18, 108-117.

- Gómez, A., Herde, J., Laffee, A., Lobo, S. y Martín, E. (2007). Consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudiantes universitarios. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, 2006. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 11(3), 41-45.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., ... y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Jiménez-Muro, A., Belmonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerón, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28.
- Kasperski, S. J., Vincent, K. B., Caldeira, K. M., Garnier-Dykstra, L. M., O'Grady, K. E. y Arria, A. M. (2011). College students' use of cocaine: results from a longitudinal study [Uso de la cocaína en estudiantes universitarios: resultados de un estudio longitudinal]. *Addictive Behavior*, 36, 408-411. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.002>
- López, M. J., Santín, C., Torrico, E., y Rodríguez, J. M. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 5-17. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/934/1723>
- Martín-Montañez, E., Barón-López, F. J., Rubio, L. O., Pavía, J., Miranda, J. y Santos, I. M., (2011). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Málaga. *Trastornos Adictivos*, 4, 160-166.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2014). *Datos y cifras del sistema universitario español 2013-2014*. Madrid, España: Autor.
- Míguez, H. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2009). El consumo de tabaco en estudiantes de Psicología a lo largo de 10 años (1996-2006). *Psicothema*, 21, 573-578.
- Mosqueda-Díaz, A. y Carvalho, M. G (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18, 789-795.
- Muela, J. A., Espinosa, L., López, B., Riscos, M. D. y Rodríguez, A. (2008). *Prevalencias y factores personales protectores y de riesgo en adicción a sustancias en estudiantes de la Universidad de Jaén*. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Dr\\_ogodependencia\\_archivos\\_INVESTIGACION\\_UJA\\_2008.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Dr_ogodependencia_archivos_INVESTIGACION_UJA_2008.pdf)
- Nieves-Martín, Y. (2010). *Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Atenea.
- Observatorio Español sobre Droga y Toxicomanías-OEDT (2013). *Informe 2013: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Oliveira, E. B. y Furegato, A. R. F. (2008). El trabajo del estudiante de enfermería como un factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16, 565-571.
- Oliveira, L. G., Pereira, L., Arantes, G., De Carvalho, J., Malbergier, A., De Andrade, V. y Guerra, A. (2009). Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year [Consumo de drogas en estudiantes de medicina en San Paulo, Brasil: influencias de género

- y año académico]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 227-239.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe Nacional de salud. "Colaboremos por la salud"*. París, Francia. Recuperado de [www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Estadísticas sanitarias mundiales*. París, Francia. Recuperado de [www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales "Una mina de información sobre salud pública mundial"*. París, Francia. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf)
- Pascual-Pastor, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14, 123-132.
- Pascual-Pastor, F., Guardia, J., Pereiro, C. y Bobes, J. (2013.) *Alcoholismo: Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol*. Guías clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica (3<sup>a</sup> Ed.). Esplugues de Llobregat, España: SANED.
- Presson, C., Chassin, L., y Sherman, S. (2002). Psychosocial antecedents of tobacco chipping [Antecedentes psicosociales del tabaco]. *Health Psychology*, 20, 384-392. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.21.4.384>
- Rodríguez-Martos, D. A., Gual, A. y Llopis-Llácer, J. J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina Clínica*, 112, 446-450.
- Sánchez, H. E. (2000). Uso de drogas en una muestra adolescente. *Anales de Psicología*, 16, 79-85.
- Sánchez-Pardo, L. (2001). Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España. *Trastornos Adictivos*, 3, 85-94.
- Sánchez-Pardo, L. (2002). Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones*, 14, 99-113.
- Sim, T., Jordan-Green, L., Lee, J., Wolfman, J. y Jahangiri, A. (2005). Psychosocial correlates of recreational ecstasy use among college students. [Correlaciones psicosociales en el uso de éxtasis recreativo en estudiantes universitarios]. *Journal of American College Health*, 54, 25-34. <http://dx.doi.org/10.3200/JACH.54.1.25-29>
- Viñas, C. E., y Herrero, M. (2004). El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de la Laguna. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 521-536.

## THE DRUG USE IN STUDENTS FROM THE UNIVERSITY OF JAEN

M<sup>a</sup> DEL MAR DÍAZ-CASTELA, BEGOÑA ANGUIANO-GARRIDO Y  
JOSÉ ANTONIO MUELA-MARTÍNEZ

### EXTENDED SUMMARY

#### Introduction

Research agree in inform the constant increase in the consumption of legal and illegal addictive substances in the university population (Oliveira et al. 2009). Moreover, smoking initiation is starting at ever earlier ages (Mosqueda-Díaz & Carvalho, 2011). Various studies have found that the most commonly used illicit drug is cannabis and alcohol is the most consumed legal drugs (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001; Ministerio de Educación, 2006; Ministerio de Protección Social, 2003; Pérez, 1999; UNODC, 2006). WHO (2014) ensures that the third ground of risk to society in industrialized countries is alcohol.

Nationally, in the Survey on Alcohol and Drugs in Spain (EDADES, 2013) it states that drug use is more prevalent among people of 15-34 years for both legal drugs as illegal. Legal substances with a higher prevalence in consumption are alcohol and tobacco. And it is cannabis followed by cocaine, drugs that have higher prevalence of consumption among illegal drugs.

Jiménez-Muro et al. (2009) argue that the onset of alcohol use occurs at very early ages, in most cases preceded the experimental use of tobacco. As expected, those drugs easily accessible with the highest prevalence are consumed for the first time at a younger age, ie tobacco (16.4 years) and alcohol (16.7 years) (EDADES, 2013). Among the illegal substances cannabis is again placing the earlier the age of onset (18.6 years) (EDADES, 2013).

Today, one of the most vulnerable groups is that of young adults who are especially sensitive to maintaining and increasing their consumption (Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social-FPAADIS, 2009). And within the group of young, college students represent a particularly active population in this context (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2013; Ministerio de Educación Cultura y Deporte-MECD, 2014), presenting a particularly high consumption of snuff, alcohol and cannabis (Caamaño-Isorna, et al. 2011; Kasperski et al. 2011).

The Spanish university students consume more cannabis and cocaine than the Spanish youth in general, presenting different and specific behaviors when consuming several drugs (EMCDDA, 2010; OEDT, 2013). In short, the aforementioned studies agree more substance consumption by university students.

For all these reasons, college students are an important collective, which studies raise detecting patterns of consumption and abuse of psychoactive substance with the ultimate goal of being able to implement effective prevention strategies on public health and on college campuses themselves. In this sense, this study aims to determine the current state of drug use among consumer groups and high-risk alcohol and tobacco.

#### Method

##### *Sample*

The sample consisted of 303 students, where 104 were men (34.32 %) and 199 women (65.68 %). Mean age was 21.19 and 3.75 standard deviation. The sample represents

the five branches of knowledge in which the faculties and schools of the University of Jaén fall (Humanities, Experimental Sciences, Social and Legal Sciences, Health Sciences and Technical Engineering).

### **Instruments**

The data collection was carried out through a survey on consumer habits and other sociodemographic variables, based on the survey used in the study “Los andaluces ante las drogas” (EDIS, 2005) by Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. The survey consists of 119 questions, which evaluates sociodemographic and habits and attitudes to consumption, were asked more specifically about: consumption of tobacco and alcohol, use of other substances and “botellón”.

### **Procedure**

Once selected the sample proceeded to the collection of information. We contacted a professor of each selected degree from the University of Jaén, which facilitated contact with the sample. Once students were informed about the objectives study, their collaboration was requested. The test was administered collectively, lasting approximately one hour.

### **Results**

The results were analyzed using the Statistical Package SPSS 22. For the results were performed Students's-test and Likelihood ratio test. Before making a analysis was performed a classification based on whether college students were consumers of alcohol at high risk or low risk for that “Unidad de Bebida Estándar” (UBES) number was counted consumed. Once found the number of UBES consumed both weekdays and weekends and the sum total of both. Followed classification Pascual-Pastor, Guardia, Pereiro and Bobes (2013). Because, as stated by these

authors (Pascual-Pastor et al., 2013), the dangerous consumption zone is ambiguous and is not entirely clear, it was considered appropriate to unify the dangerous consumption with high-risk consumption alcohol. So, for the study of alcohol consumption, it was performed a Student's-test taking into account the type of consumer of alcohol (low risk and high risk) to determine whether there are significant differences in variables related to alcohol consumption. High-risk alcohol consumers has a lower starting age. Moreover, high-risk consumer have a higher number of alcohol intoxication.

The likelihood ratio test was calculated to determine the relationship between having tried any drugs throughout life and be high or low risk alcohol in university students. Significant relationships were taken into the cannabis, cocaine and ecstasy. Finding that high-risk alcohol consumers are the most frequently have ever used these substances. No relationships were found between being a consumer of high or low risk of having tried alcohol and other substances (inhalants, hallucinogens, amphetamines, tranquilizers and sedatives).

Moreover, smokers were grouped into two categories: low risk, those who did not smoke but had smoked or occasional smokers and smokers at high risk, which had a severe daily consumption. So, the Student's-test was calculated to compare differences between tobacco consumers of high and low risk in different variables, finding that the age of onset of alcohol consumption of low risk tobacco is a little late to the consumption high risk tobacco. It is also significant to know that consuming high-risk tobacco responds to go more times to make “botellón”.

Finally, significant differences were found to have tested or not any substance among smokers of high or low risk. There is an increased number of people who have tried all substances except tranquilizers (inhalants, cannabis, cocaine, ecstasy, hallucinogens, amphetamines and hypnotics) being high-risk smoking.

## Discussion

This study was conducted to meet the need for the advances in substance in college at the University of Jaen, based on previous studies (Muela et al., 2008). Consistent with previous research (Jiménez-Muro et al., 2009), the results show the existence of a substance preceded by drinking alcohol or tobacco.

College students are the collective consumer greater amounts shown in surveys (EDADES, 2013), the most consumed is alcohol (Pascual-Pastor, 2002). However, more worrying is the high incidence that our study suggests, with the use of other substances (cannabis, cocaine and ecstasy). Drugs are certainly a major problem in our environment that cause difficulties in the physical, psychological and social development. The age of onset decreases each year and are increasingly accessible to our university population (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015).

The survey data indicate cannabis is consumed by young twice when alcohol is high risk, getting so clear that there can be a relationship between the consumption of legal substances or institutionalized and first use of the non-institutionalized. More significant is that college students who drink is a high risk quadrupled to those who are low risk alcohol in the consume of cocaine. And ecstasy is consumed by a larger number of students with a high-risk drinking alcohol.

Because polydrug seems that is facilitated by alcohol and this being the most consumed in leisure time university substance, one might consider alternative ways for students of the University of Jaen, will not start in the consumption.

In connection with the consumption of tobacco, now college obtained a very high rate of consumption, in the same way as alcohol, the study shows how being high-risk smoking seems to favor the use of psychoactive substances such as inhalants, cannabis, cocaine,

ecstasy, hallucinogens, amphetamines and hypnotics. The only substance that has not offered significant differences to the consumption of snuff have been tranquilizers, it appears that use of tranquilizers, requires no prior consumption of tobacco, can respond to the fact that many young people smoke for the "false feel" to calm their anxiety, so with taking tranquilizers, tobacco consumption would not be necessary.

They are twice as high risk smokers who consume inhalants those who are not. Overall this is repeated in all substances.

Finally, the most important conclusions of this study are as follows. First, we have found a high incidence among students of the University of Jaen in the consumption of alcohol, cannabis, cocaine and ecstasy. Secondly, it also demonstrates how tobacco and alcohol high-risk consumption seems to favor other substances and polydrug.

As limitations, this study has not explored the comorbidity of substance-related disorders. It has also lacked people from other universities, in order to compare them. In the future, it would be interesting to note that the results presented were obtained through a questionnaire and volunteer population, so the results are not devoid of social desirability bias or people that might be high consumers have refused to participate in the study.

It would be desirable to make continuing studies of this type of work in the different types of population, allowing an analysis of the temporal evolution of the prevalence and patterns of consumption of different psychoactive substances. Which it facilitates the development and implementation of prevention and intervention programs. Another aspect to consider in future studies is to demonstrate statistically the correlation between the consumption of legal substances or institutionalized and first use of the non-institutionalized, in order to corroborate or refute the findings, or continue with more specific studies that establish causal relationships.

## CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE MAGISTERIO Y SUS CREENCIAS ACERCA DE LA EDUCACIÓN PREVENTIVA

## CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN STUDENT TEACHERS AND THEIR BELIEFS ABOUT PREVENTIVE EDUCATION

MANUEL FERNÁNDEZ CRUZ<sup>1</sup>, JOSÉ GIJÓN PUERTA<sup>1</sup> Y  
EMILIO JESÚS LIZARTE SIMÓN<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández Cruz, M., Gijón Puerta, J. y Lizarte Simón, J. (2016). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de magisterio y sus creencias acerca de la educación preventiva [Consumption of psychoactive substances in student teachers and their beliefs about preventive education]. *Acción Psicológica*, 13(1), 67-78. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17419>

### Resumen

La realización de programas escolares de prevención de consumo de drogas se ha demostrado eficaz en el control de hábitos de adicción en la población juvenil. El éxito de los programas preventivos descansa, en buena parte, en la capacitación de los docentes que los desarrollan y sus propias creencias sobre el consumo de drogas. Otro factor que puede estar relacionado con el éxito de los programas, es la experiencia del propio docente en el consumo de sustancias psicoactivas. En este artículo se explora la relación entre hábitos de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales de futuros docentes (estudiantes

de magisterio de la Universidad de Granada) y las creencias falsas sobre prevención de la drogadicción en la escuela que mantienen.

**Palabras clave:** formación inicial docente; educación para la salud; dependencia; drogas.

### Abstract

Conducting educational programs to prevent drug use has proven effective in controlling addiction habits among young people. The success of

**Correspondencia:** Manuel Fernández Cruz. Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada, España.

**Email:** manuelfernandezcruz@gmail.com

<sup>1</sup> Universidad de Granada, España.

Recibido: 23 de marzo de 2016.

Aceptado: 12 de mayo de 2016.

prevention programs rests largely on the training of teachers and their own beliefs about drug use. Another factor that may be related to the success of the programs is teacher's own experience in the use of psychoactive substances. In this article we explore the relationship between tobacco, alcohol and illegal drugs consumption habits of future teachers (education students at the University of Granada) and the false beliefs about drug prevention at schools they have.

**Keywords:** preservice teacher education; health education; dependency; drugs.

## Introducción.

### Educación preventiva del consumo de sustancias psicoactivas

#### *Prevalencia y efectos nocivos*

Una sustancia psicoactiva es aquella que se consume para modificar la forma en que las personas se sienten, piensan o comportan (ONU, 2002). La definición incluye al tabaco, al alcohol y a otras drogas. La gravedad y globalidad del problema del uso de estas sustancias psicoactivas en toda la población, pero de manera específica en edad escolar, se pone de manifiesto en los distintos informes elaborados en distintas regiones del mundo, lo que incluye el seguimiento bianual que se hace en España y en las distintas Comunidades Autónomas sobre patrones de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre su población, con caracterización por intervalos de edad. En estos estudios se revela la alta prevalencia del consumo entre adolescentes y jóvenes. En Estados Unidos (CASA, 2011), más del 75 % de los estudiantes de secundaria han consumido alguna vez tabaco, alcohol, marihuana o cocaína; más del 46 % lo hacen con alta frecuencia; y más del 19 % han tenido diferentes desórdenes clínicos causados por este consumo. Esas cifras son fácilmente transferibles a otras regiones desarrolladas del mundo. En España, si bien el consumo de tabaco se ha visto algo reducido con las leyes de 2005 y

2010 que han limitado su uso, las nuevas prácticas sociales que acompañan el consumo del alcohol como la del "botellón", junto a la aceptación social del consumo de algunas drogas ilegales como el cannabis, han incrementado la presencia del uso de sustancias psicoactivas entre la juventud. El coste social de estas prácticas tanto a corto plazo, considerando la población joven, como en el plazo largo, considerando el conjunto de la población consumidora, es incalculable. Baste decir que el alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad (Córdoba et al., 2012) aunque en la actualidad causa más de 2,5 millones anuales de muerte en el mundo. Por su parte, el tabaco constituye la primera causa de muerte prevenible en el mundo desarrollado. En cuanto al futuro de los jóvenes consumidores, Ringel, Ellickson y Collins (2007) han demostrado que los adolescentes consumidores de drogas van a ocupar, en el futuro, ocupaciones laborales de baja o muy baja calidad. Por su parte, en el estudio de Engberg y Morral (2006) se alerta del fracaso escolar asociado al consumo de drogas y sus efectos sociales y económicos posteriores.

#### *Programas de educación preventiva*

Ante la grave situación descrita, expertos y organismos internacionales plantean la educación preventiva sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la escuela, como una de las intervenciones más eficaces y rentables. La ONU recoge en su informe de 2002 el conocimiento y las buenas prácticas acumuladas por distintas organizaciones en educación preventiva. Sus recomendaciones se basan en los conceptos de participación activa de los jóvenes en el desarrollo de los programas preventivos; la eficacia probada de la actuación entre pares; y la aportación de soluciones diversas adaptadas a la realidad sociocultural que caracteriza el consumo de drogas en regiones diferentes. Para la ONU los principios básicos de la prevención son: (a) tener una base comunitaria con implicación de todos los agentes afectados; (b) abarcar con el programa, de manera global, a todo el conjunto de sustancias psicoactivas; (c) fijar en los propios jóvenes como destinatario del programa, los objetivos propuestos; (d) y priorizar las acciones para la evitación del inicio del consumo.

En España, entre los documentos aportados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, destacan los elaborados por la Addiction Research Foundation ARF (1991) que recomienda la prevención del consumo de drogas a través de la educación en actividades curriculares y extracurriculares en la escuela que han demostrado su eficacia en estudios como los de Harrison y Narayan (2003), Hoffmann (2006) o Dawkins, Williams y Guilbault (2006) quienes analizan la eficacia de la participación en actividades escolares deportivas, como medida preventiva del consumo; la intervención conjunta de recursos profesionales educativos y recursos terapéuticos bajo el liderazgo de los orientadores escolares es prioritaria para la prevención como lo han puesto de manifiesto trabajos como el de Burrow-Sánchez y Lopez (2009), Burrow-Sánchez, Call, Adolphson y Hawken (2009); la disposición de protocolos claros para abordar incidentes reales de consumo en la escuela que pueden incluir políticas escolares de tolerancia cero (APA, 2008) aplicadas con sabiduría y adaptación al contexto la priorización de estrategias de implicación de los alumnos en intervenciones de prevención con sus propios compañeros, implicación de las familias, e implicación del resto de la comunidad (Adams, Jason, Pokorny y Hunt, 2009); la alineación de directrices sobre formación, información, educación y orientación escolar (LaRusso, Romer y Selman, 2008) y, finalmente, la evaluación y seguimiento de objetivos propuestos y acciones desarrolladas y la formación del profesorado, junto a otro personal no docente, para liderar el proceso de prevención en la escuela (Fernández Cruz, 2015).

Tabla 1

*Correlaciones entre consumidores, consumo de drogas y creencias erróneas*

Creencias	Sexo	Consumo de				
		T	A	H	TP	TS
No se puede ayudar a los consumidores abusivos de alcohol u otras drogas hasta que "toquen fondo"	r N	-.185** 203				-.138 203
Mientras un niño use solo "drogas blandas", como la marihuana, o solamente alcohol y tabaco, es muy difícil que llegue a ser adicto, y por lo tanto no necesitará ningún tipo de intervención	r N	-.218 203	.169 202	-.138 203		-.171 203
Lo que hacen los niños fuera de clase no es asunto de la escuela	r N	-.197** 203				-.214** 203
Sólo los especialistas pueden impartir educación sobre drogas	r N				-.140** 203	

Nota. r: correlación de Pearson, \*  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ . T: Tabaco, A: Alcohol, H: Hachís, TP: Tranquilizantes con prescripción, TS: tranquilizantes sin prescripción.

*Creencias erróneas en educación preventiva*

Los riesgos de la prevalencia del consumo, así como los efectos positivos de la educación preventiva en la escuela han sido ampliamente analizados. Contamos con estudios como el de Cox, Zhang, Johnson y Bender (2007) que correlacionan consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con rendimiento académico; o indagan en factores de riesgo predictores del consumo de sustancias psicoactivas (Pisetsky, Chao, Dierker, May y Striegel-Moore, 2008) como puede ser las actitudes escolares negativas, la inadaptación social y la baja autoestima (Bryant y Zimmerman, 2002).

Estos estudios enfatizan el papel del profesor durante la escolaridad obligatoria en la evitación del inicio del consumo y el desarrollo de una educación preventiva. Sin embargo, frecuentemente los profesores mantienen una serie de creencias erróneas sobre la educación preventiva que dificultan la eficacia de los programas. La ARF (1991) ya detectó algunas de estas creencias erróneas (ver tabla 1) que parecen mantenerse en el tiempo en las sucesivas generaciones de docentes.

Las creencias erróneas están relacionadas con el conocimiento que tienen los docentes sobre las drogas y su propia experiencia de consumo. La formación docente en educación preventiva, por tanto, debe considerar tanto la exhaustiva información sobre los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas, como los factores predictivos de riesgo de consumo y los ejes de actuación que mejoran la eficacia de los programas. Para la formación docente en

Tabla 2

*Distribución de la Población y Muestra*

<b>Titulación</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
Maestro Ed. Infantil	1304	96 (7,36 %)
Maestro Ed. Primaria	2572	107 (4,16 %)
Total	3876	203 (5,23 %)

educación preventiva del consumo de drogas, el período de formación inicial es clave por dos motivos: porque los jóvenes universitarios que son futuros docentes se encuentran en el intervalo de edad de mayor prevalencia de consumo de estas sustancias; porque los programas de formación deben enfocarse en el rechazo a las creencias erróneas sobre prevención a la que nos estamos refiriendo.

**Método****Objetivos**

Este estudio tiene dos objetivos: (1) conocer los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes de los maestros en formación inicial; (2) conocer el grado de acuerdo con las creencias erróneas más extendidas entre docentes sobre la educación para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas; (3) conocer las correlaciones existentes entre hábitos de consumo y creencias educativas erróneas entre la población de referencia.

**Participantes**

La población de esta investigación está compuesta por los 3876 estudiantes de Magisterio de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada.

Tabla 3

*La distribución por sexo, edad y especialidad de la Muestra.*

<b>Sexo</b>	<b>Mujer</b>	<b>Varón</b>
<b>Especialidad</b>	145 (71.42 %) Educación Infantil 96 (47.29 %)	57 (28.07 %) Educación Primaria 107 (52.70 %)
<b>Edad</b>	Min 17	Max 30
		Media 21

De ellos, 1304 estudian el Grado de Magisterio en Educación Infantil, en tanto que 2572 estudian el Grado de Educación Primaria. La muestra la integran 203 estudiantes, el 5.23 % de la población, como se muestra en la tabla 2, que fueron contactados, en su horario de clase, entre los grupos de estudiantes con actividad académica en el período de aplicación.

La distribución por sexo, edad y especialidad se presenta en la tabla 3. La muestra se distribuye en un 71.42 % de mujeres y un 28.07 % de varones; un 47.29 % estudian el Grado de Educación Infantil en tanto que un 52.70 % estudian el Grado de Educación Primaria. La edad de los participantes está en un intervalo de entre 17 y 30 años, siendo la media de 21 años.

**Instrumentos de evaluación**

Para la realización de este estudio se han aplicado dos instrumentos. El primero de ellos, con el que se cubre el objetivo de conocer los hábitos de consumo de la muestra, ha sido la encuesta elaborada y empleada por la Junta de Andalucía para sus estudios bienales “*La Población Andaluza ante las Drogas*”, en su última versión (Junta de Andalucía, 2011), con la que se describe la prevalencia de sustancias psicoactivas entre la población andaluza y las características sociodemográficas de los consumidores. La encuesta consta de nueve dimensiones: consumo de tabaco y

Tabla 4

*Consumo de tabaco*

<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Nunca</b>	<b>Diarialmente</b>
	55.7	17.2

alcohol; consumo de otras sustancias; botellón; conductas de riesgo; percepción del riesgo y la disponibilidad; información sobre drogas; actitud ante el consumo de drogas; prevención; y datos de situación personal y social. En la encuesta se indaga sobre patrones de consumo y edades de inicio en las distintas sustancias y permite establecer diferencias por sexo e intervalos de edad, con lo que la información que proporciona es muy amplia. Esta misma encuesta ha sido aplicada por nosotros a la muestra de estudiantes de Magisterio. El segundo instrumento aplicado a los sujetos es un inventario de creencias en escala tipo Likert de cuatro grados, confeccionado específicamente para el trabajo, a partir del listado de creencias erróneas sobre la educación preventiva del consumo de drogas elaborado por la Addiction Research Foundation ARF (1991), traducido por Bernardo Ruiz Victoria, e incluido en los recursos didácticos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España (Ruiz Victoria, n.d.) para la formación de profesores en la prevención del consumo de drogas, con el objetivos de conocer el grado de acuerdo de los estudiantes con cada una de ellas..

*Trabajo de campo y análisis de datos*

El trabajo de campo se realizó en el mes de octubre de 2015. La encuesta y el inventario de creencias se administraron de manera conjunta, y en ese orden, en una sesión única durante el horario de clase. Los sujetos pudieron realizarlo de manera voluntaria y anónima.

Los datos recogidos se han sometido a análisis estadísticos con el paquete estadístico SPSS V.20. Se

han realizado sendos análisis, descriptivo y un correlacional. El primero nos ha permitido establecer la media y la desviación típica de las variables continuas, así como la frecuencia y el porcentaje de respuesta en las variables discretas. Con el segundo hemos establecido correlaciones bivariadas entre hábitos de consumo y creencias falsas, utilizando el coeficiente de Pearson.

**Resultados***Tabaco y alcohol*

Los estudiantes de magisterio presentan un nivel de consumo habitual o diario de tabaco del 17.2 % (tabla 4), siendo más de la mitad de la muestra los que reconocen que nunca han consumido tabaco. Casi un tercio de la muestra admite haber consumido tabaco en alguna ocasión e incluso haber sido fumador en el pasado. En todo caso, como ya veremos, el porcentaje de consumidores diarios es sensiblemente inferior a las poblaciones andaluza y española de referencia.

El alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia en la muestra. Hasta un 78.3 % de los estudiantes admiten haber bebido en el último mes y hasta un 43.8 % reconoce haberse embrorrachado en los últimos 30 días (tabla 5). Los datos confirman la expansión del nuevo modelo de consumo de alcohol tipo atracción (*binge drinking*) asociado a la práctica social del botellón, pues hasta un 13.3 % de los estudiantes reconocen practicarla todas las semanas.

Tabla 5

*Consumo de alcohol*

<b>Consumo de alcohol</b>	<i>Consumo (haber bebido en el último mes)</i>	<i>Consumo excesivo (haberse embrorrachado en el último mes)</i>	<i>Consumo en botellón todas las semanas</i>
	78.3	43.8	13.3

Tabla 6

*Experiencia en consumo de sustancias*

	<i>Experiencia en consumo de sustancias</i>	<i>Porcentaje</i>
Marihuana		41.4
Hachís		22.3
Nuevas sustancias		21.7
Tranquilizantes con prescripción		12.8
Tranquilizantes sin prescripción		5.9
MDMA		4.4
Anfetaminas		3.4
Cocaína		3.0
Alucinógenos		2.5
Hipnóticos y somníferos con prescripción		2.0
Inhalables		1.5
Hipnóticos y somníferos sin prescripción		1.0
Éxtasis		0.5
Heroína		0.5

*Otras drogas*

Fuera del alcohol, sin duda es el cannabis la droga más consumida por los estudiantes. Un 41.4 % es o ha sido consumidor de Marihuana y hasta un 22.3 % lo es o ha sido de Hachís. En la tabla 6 se recogen en orden de prevalencia las demás sustancias psicoactivas de cuyo consumo tienen experiencia los estudiantes de Magisterio. Tras el cannabis aparecen las nuevas sustancias adictivas que imitan el efecto de las drogas ilegales y son conocidas como *legal highs*. Hasta un 21.7 % de la muestra admite haber probado estas nuevas sustancias. Tiene una alta prevalencia el consumo de tranquilizantes bajo prescripción médica (12.8 %) y sin prescripción (5.9 %). Le siguen, en orden de prevalencia, el consumo de MDMA (4.4 %), Anfetaminas (3.4 %), Cocaína

(3.0 %), Alucinógenos (2.5 %), Hipnóticos y somníferos (2.0 % con prescripción y 1.0 % sin prescripción) e Inhalables (1.5 %). Por debajo del 1 % se señala la experiencia en consumo de Éxtasis y Heroína.

*Opiniones sobre la legalización de las drogas*

En la tabla 7 aparecen los datos referidos a la legalización del Cannabis. Las opiniones se reparten de manera muy proporcionada entre los diferentes grados de acuerdo, aunque podemos destacar que un 43.9 % de estudiantes se declaran de acuerdo o muy de acuerdo, en tanto que sólo un 34 % lo hace en desacuerdo o muy en

Tabla 7

*Regulación de la Producción, distribución y Venta de Cannabis*

<b>Indica en qué medida estarías en acuerdo o en desacuerdo con la regulación de la producción, distribución y venta de Cannabis (Hachís o Marihuana)</b>	<i>Porcentaje</i>
Muy de acuerdo	22.2
De acuerdo	21.7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22.2
En desacuerdo	13.3
Muy en desacuerdo	20.7

Tabla 8

*Regulación de la producción, distribución y venta de todas las drogas*

<b>Indica en qué medida estarías en acuerdo o en desacuerdo con la regulación de la producción, distribución y venta de todas las drogas</b>		<i>Porcentaje</i>
Muy de acuerdo		20.7
De acuerdo		11.8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo		11.3
En desacuerdo		16.7
Muy en desacuerdo		39.4

desacuerdo. Esto es, hay casi 14 puntos de diferencia a favor del acuerdo con posibles medidas de legalización y normalización del consumo de Cáñabis.

Respecto al resto de drogas, se presenta una situación inversa (tabla 8). Más de la mitad de la muestra se declara en contra de la regulación de su producción, distribución y venta (56.1 %), en tanto que un tercio de los encuestados (32.5 %) se muestran de acuerdo o muy de acuerdo con la medida, lo que significa más de 23 puntos de diferencia.

*Acuerdo con las creencias erróneas sobre la educación preventiva*

El inventario de creencias suministrado nos ha permitido conocer el grado de acuerdo o desacuerdo de los estudiantes de Magisterio con las principales creencias erróneas extendidas entre los profesionales de la enseñanza y señaladas por la ARF (1991). En la tabla 9 se muestran los datos obtenidos y con indicación de la media y el porcentaje de respuesta a cada una de las 4 op-

Tabla 9

*Creencias erróneas sobre la Educación Preventiva*

<b>Creencia</b>	<b>Media</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Si beber o fumar es aceptable para los adultos, debería serlo también para los niños	1.34	72.4	23.2	2.5	2.0
No se puede ayudar a los consumidores abusivos de alcohol u otras drogas hasta que "toquen fondo"	1.39	68.5	26.1	3.4	2.0
Mientras un niño use solo "drogas blandas", como la Marihuana, o solamente Alcohol y Tabaco, es muy difícil que llegue a ser adicto, y por lo tanto no necesitará ningún tipo de intervención	1.44	63.5	29.6	5.9	1.0
Los alumnos son demasiado jóvenes para "engancharse", se necesitan años para convertirse en adicto	1.51	54.2	41.4	3.4	1.0
Lo que hacen los niños fuera de clase no es asunto de la escuela	1.66	50.2	35.5	12.3	2.0
La educación sobre drogas aumentará la curiosidad de los estudiantes por probar las sustancias	1.81	31.5	57.6	8.9	2.0
Es mejor beber alcohol que consumir drogas	2.20	19.7	45.3	30.0	4.9
La educación sobre drogas es responsabilidad de la familia	2.20	17.7	47.3	32.0	3.0
Sólo los especialistas pueden impartir educación sobre drogas	2.28	15.3	40.9	30.0	13.8
Los únicos que deben ayudar a los estudiantes con problemas con el alcohol u otras drogas son los especialistas en adicciones	2.42	11.3	56.7	24.6	7.4
Las personas más apropiadas para hablar de los peligros del alcohol u otras drogas a los estudiantes son ex-alcohólicos o ex-drogadictos	2.59	6.9	36.5	47.8	8.9

ciones (1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 de acuerdo; 4 muy de acuerdo). En la tabla hemos ordenado las creencias erróneas en función del valor del mayor desacuerdo expresado por los estudiantes y, por tanto, de su rechazo expresado en la media alcanzada. Hemos constatado que, excepto una creencia, el resto es rechazado por la mayoría de los estudiantes, aun cuando se puede encontrar en todas ellas un porcentaje de entre 4.5 y 56.7 de la población que considera acertadas alguna de las creencias.

Las creencias que ha considerado acertadamente erróneas la mayoría de los encuestados son las referidas a que *si beber o fumar es aceptable para los adultos, debería serlo también para los niños; no se puede ayudar a los consumidores abusivos de alcohol u otras drogas hasta que "toquen fondo"; mientras un niño use solo "drogas blandas", como la Marihuana, o solamente Alcohol y Tabaco, es muy difícil que llegue a ser adicto, y por lo tanto no necesitará ningún tipo de intervención; los alumnos son demasiado jóvenes para "engancharse", se necesitan años para convertirse en adicto; lo que hacen los niños fuera de clase no es asunto de la escuela; la educación sobre drogas aumentará la curiosidad de los estudiantes por probar las sustancias; es mejor beber alcohol que consumir drogas; La educación sobre drogas es responsabilidad de la familia; Sólo los especialistas pueden impartir educación sobre drogas; y los únicos que deben ayudar a los estudiantes con problemas con el alcohol u otras drogas son los especialistas en adicciones;*

Por el contrario, la única creencia errónea que para una la mayoría de la muestra se considera erróneamente cierta (56.7 %) es que *las personas más apropiadas para*

*hablar de los peligros del alcohol u otras drogas a los estudiantes son ex-alcohólicos o ex-drogadictos.*

### **Correlaciones entre consumidores, consumo de drogas y creencias erróneas**

Para cubrir el segundo objetivo de nuestro estudio, hemos analizado las correlaciones entre alguna característica del consumidor, el sexo, la experiencia en consumo de sustancias psicoactivas y las creencias erróneas sobre la educación escolar en drogas. En la tabla 10 se presentan los datos obtenidos. Hemos encontrado una correlación positiva con cuatro creencias erróneas con distintivo nivel de significatividad.

Al nivel de .01 se correlaciona la creencia de que *no se puede ayudar a los consumidores abusivos de alcohol u otras drogas hasta que "toquen fondo"*, con el sexo. Las mujeres de la muestra están significativamente más en desacuerdo con esta creencia. Igualmente, la creencia de que *mientras un niño use solo "drogas blandas", como la marihuana, o solamente alcohol y tabaco, es muy difícil que llegue a ser adicto, y por lo tanto no necesitará ningún tipo de intervención*, con el sexo, en el mismo sentido que la anterior. Las mujeres de la muestra están significativamente más en desacuerdo con esta creencia. Por último, a este nivel de significatividad, la creencia de que *lo que hacen los niños fuera de clase no es asunto de la escuela*, que correlaciona con el sexo, mujeres más en desacuerdo, y con consumo de tranquilizantes con prescripción, en el sentido de que los consumidores están más en desacuerdo con esta creencia errónea.

Tabla 10

Datos comparativos de Sustancias Psicoactivas

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Andalucía</b>	<b>España</b>	<b>Estudiantes Magisterio UGR</b>	<b>Profesionales Salud Andalucía</b>
Tabaco (diario)	34.4	30.8	17.2	17.3
Alcohol (último mes)	67.3	64.4	78.3	64.0
Cáñabis	42.4	9.2	63.7	73.0
Hipnosedantes	11.9	22.2	18.7	23.0
Drogas de diseño	6.9	1.6	9.8	5.8
Cocaína	5.6	2.2	3.0	4.2
Heroína	0.4	0.1	0.5	2.5

Al nivel de .05 se correlaciona la creencia de que *no se puede ayudar a los consumidores abusivos de alcohol u otras drogas hasta que "toquen fondo"*, con el consumo de tranquilizantes con prescripción. Los consumidores están más en desacuerdo. La creencia de que *mientras un niño use solo "drogas blandas", como la Marihuana, o solamente Alcohol y Tabaco, es muy difícil que llegue a ser adicto, y por lo tanto no necesitará ningún tipo de intervención*, correlaciona con consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de tranquilizantes sin prescripción. En todos los casos son los consumidores quienes están más en desacuerdo con la afirmación. Igualmente se correlaciona la creencia de que *sólo los especialistas pueden impartir educación sobre drogas*, con el consumo de tranquilizantes con prescripción en el sentido de que los consumidores están más en desacuerdo con ella.

## Discusión

### Comparación de patrones de consumo

El patrón de consumo de los estudiantes de Magisterio está, en parte, ajustado a los patrones de consumo establecidos entre la población andaluza (Junta de Andalucía, 2011) y la población española (MSSI, 2015). En la tabla 6 se recogen estos datos comparados y se incluyen los datos sobre consumo de sustancias psicoactivas recogidos por Juárez Jiménez (2015) para profesionales de la salud. Nuestra intención es poder remitir nuestras evidencias a poblaciones de referencia, así como comparar los patrones de consumo de los futuros profesionales de la enseñanza, con otro colectivo profesional de máxima importancia en la educación para la prevención de adicciones como es el de los profesionales de la salud.

El consumo diario de tabaco es similar entre los futuros profesionales de la enseñanza (17.2 %) y los profesionales de la salud (17.3 %), representando la mitad de las tasas de consumo en Andalucía (34.4 %) y

en España (30.8 %). Sin embargo, el consumo de alcohol de los estudiantes de Magisterio se eleva sensiblemente, entre 11 y 14 puntos, sobre las tasas de Andalucía (67.3 %), de España (64.4 %) y de los profesionales de la salud (64.0 %). Observamos una gran disparidad en los datos sobre consumo de Cánnabis, pero en todo caso, el consumo de los estudiantes de Magisterio (63.7 %) es superior a la media andaluza (42.4 %) y a la media española (9.2 %), aunque inferior a la tasa de consumo en profesionales de la salud (73.0 %). El consumo de hipnosedantes de nuestra muestra (18.7 %) es nuevamente superior a las medias andaluza (11.9 %) y española (22.2 %), aunque inferior a la muestra de profesionales de la salud (23.0 %). Los estudiantes de Magisterio presentan la tasa mayor de consumo de drogas de diseño (9.8 %), seguidos de la población andaluza (6.9 %), del colectivo de profesionales de la salud (5.8 %), y de la tasa de referencia entre la población española (1.6 %). El consumo reconocido de Cocaína de los estudiantes de Magisterio (3.0), se acerca al de referencia de la población española (2.2 %) y es inferior al de los profesionales de la salud (4.2 %) y al de la población andaluza (5.6 %). Por último, el consumo de heroína (0.5 %) es superior al de las poblaciones andaluza (0.4 %) y española (0.1 %) de referencia, e inferior al consumo manifestado por los profesionales de la salud (2.5 %).

En todo caso, la comparación del patrón de consumo de los estudiantes de Magisterio con las poblaciones andaluza y española, está limitada tanto por el intervalo de edad al que corresponden los datos como por la fecha de los propios datos y el período de tiempo respecto al que se realizan curvas de evolución.

Los datos de la población andaluza corresponden al año 2011 y la evolución que se observa en el consumo de las distintas sustancias entre los años 1994 a 2011, es muy variada. Los datos disponibles de la población española son de 2015 e incluyen curvas de evolución desde 1997. En estos períodos de tiempo se observa un ligero repunte del consumo de tabaco en Andalucía, en tanto se mantiene prácticamente estable entre la población española en todos los intervalos de edad. Se

observa también un repunte del consumo de alcohol en Andalucía, aun cuando cambia el patrón de consumo, disminuyendo el modelo de consumo diario por el modelo de consumo de atracón de fin de semana. El consumo de alcohol se mantiene estable en el tiempo entre la población española en niveles alarmantemente altos. En este período se eleva claramente el consumo de Cannabis y nuevas sustancias, en tanto que se mantiene o reduce el consumo de las otras drogas entre la población andaluza y entre la población española.

El intervalo de edad al que corresponden la mayoría de los estudiantes de Magisterio, 17 a 24 años, se corresponde con los intervalos de edad donde aparecen más consumidores de sustancias psicoactivas entre la población andaluza y la población española.

Discusión aparte merece la comparación entre los estudiantes de Magisterio y los profesionales de la salud. Se observa un menor consumo de tabaco y un mayor consumo de alcohol, tipo atracón, entre los primeros respecto a los segundos, lo que puede estar relacionado con prevalencia de la práctica del botellón asociada más extendida entre jóvenes universitarios que entre profesionales de mayor edad. Respecto al consumo de otras drogas, aparece una mayor prevalencia entre profesionales de la salud, excepto en el consumo de drogas de diseño, lo que puede estar, nuevamente asociada a la diferencia de edad entre ambos colectivos.

### *Opiniones y creencias sobre las drogas*

El estudio ha demostrado que en la nueva generación de jóvenes que se forman como maestros, son mayoría los que están de acuerdo con la legalización de las denominadas drogas blandas como el cannabis. Entendemos que esta posición está relacionada con la amplia prevalencia de consumo que se observa en la población.

El estudio ha demostrado que esta generación de jóvenes que se forman para maestros, realiza una mejor discriminación de las creencias erróneas en educación preventiva, que la que fue descrita en su momento por la

ARF en 1991. Ello no quiere decir que todas las creencias erróneas estén desterradas, ni que existan grupos de población minoritarios que aún las mantienen. En la identificación de esos grupos deben centrarse los esfuerzos que se realicen en formación inicial para desterrar de manera definitiva estas creencias y lograr mayor eficacia en los programas preventivos (Longshore, Ellickson, McCaffrey y St Clair, 2007).

### **Conclusiones**

Con este estudio se ha permitido establecer un patrón de hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de los estudiantes de Magisterio de la Universidad de Granada. El patrón de consumo establecido es coherente con las referencias de la población andaluza y española ajustado a los intervalos de edad correspondiente. Por tanto, concluimos que los estudiantes de Magisterio, que van a ser responsables de la ejecución de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, no presentan hábitos distintos de consumo al otro colectivo de profesionales implicados en la educación preventiva, los profesionales de la salud, ni al resto de la población. Es importante que se realice un seguimiento de los hábitos de consumo de este colectivo y que se puedan comparar en el futuro con los hábitos de consumo del profesorado en ejercicio tanto de los docentes de Educación Infantil y Primaria como de los docentes de Educación Secundaria en quiénes recae la responsabilidad de asumir el liderazgo pedagógico del desarrollo de programas de educación para la salud y el desarrollo de hábitos saludables, en general, y la realización de planes de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en concreto. El estudio nos ha permitido realizar una primera aproximación a las opiniones y creencias sobre la educación preventiva que mantienen los futuros docentes. Concluimos que, en general, las falsas creencias sobre educación preventiva son rechazadas por los estudiantes de magisterio. Ahora bien, el estudio permite señalar grupos de estudiantes que aún conservan las falsas creencias. Por ello es importante que, en las acciones de formación docente sobre drogas, en formación inicial, se considere el rechazo general de las creencias erróneas que dificultan la prevención en la escuela.

## Referencias

- Adams, M. L., Jason, L. A., Pokorny, S. y Hunt, Y. (2009). The relationship between school policies and youth tobacco use. *Journal of School Health*, 79(1), 17-23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.00369.x>
- American Psychological Association. (2008). Are zero tolerance policies effective in the schools? *American Psychologist*, 63(9), 852-862. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.63.9.852>
- Addiction Research Foundation ARF (1991). *Teacher Training in Prevention. Meeting the Challenge of Alcohol and Other Drugs*. Ontario, Canadá: Addiction Research Foundation.
- Bryant, A. L. y Zimmerman, M. A. (2002). Examining the effects of academic beliefs and behaviors on changes in substance use among urban adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 94(3), 621-637. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.94.3.621>
- Burrow-Sanchez, J. J. y Lopez, A. L. (2009). Identifying substance abuse issues in high schools: A national survey of high school counselors. *Journal of Counseling and Development*, 87(1), 72-79. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00551.x>
- Burrow-Sánchez, J., Call, M. E., Adolphson, S. L. y Hawken, L. S. (2009). School psychologists' perceived competence and training needs for student substance abuse. *Journal of School Health*, 79(6), 269-276. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00409.x>
- CASA (2011). *The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. Adolescent Substance Use: America's #1 Public Health Problem*. New York: CASA.
- Córdoba, R., Cabezas, C., Camarelles, F., Gómez, J., Damián, D., López A., ... y Ramírez J. I. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 44(1), 16-22. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70048-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70048-4)
- Cox, R. G., Zhang, L., Johnson, W. D. y Bender, D. R. (2007). Academic performance and substance use: Findings from a state survey of public high school students. *Journal of School Health*, 77(3), 109-115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00179.x>
- Dawkins, M. P., Williams, M. M. y Guilbault, M. (2006). Participation in school sports: Risk or protective factors for drug use among black and white students? *Journal of Negro Education*, 75 (1), 25-33.
- Engberg, J. y Morral, A. R. (2006). Reducing substance use improves adolescents' school attendance. *Addiction*, 101(12), 1741-1751. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01544.x>
- Fernández Cruz, M. (2015). *Formación y desarrollo de los profesionales de la educación. Un enfoque profundo*. Wisconsin MA: Deep University Press.
- Harrison, P. A. y Narayan, G. (2003). Differences in behavior, psychological factors, and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence. *Journal of School Health*, 73(3), 113-120. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2003.tb03585.x>
- Hoffmann, J. P. (2006). Extracurricular activities, athletic participation, and adolescent alcohol use: Gender-differentiated and school-contextual effects. *Journal of Health and Social Behavior*, 47 (3), 275-290. <http://dx.doi.org/10.1177/002214650604700306>
- Juárez Jiménez, M. V. (2015). *Consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales de los profesionales internos residentes de Andalucía y el consejo clínico* (tesis doctoral). Universidad de Jaén.
- Junta de Andalucía (2011). *La población andaluza ante las drogas XII*. Sevilla, España: Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

LaRusso, M. D., Romer, D. y Selman, R. L. (2008). Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use norms and depressive symptoms in high school. *Journal of Adolescence*, 37(4), 386-398. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-007-9212-4>

Longshore, D., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F. y St Clair, P. A. (2007). School-based drug prevention among at-risk adolescents: Effects of ALERT plus. *Health Education and Behavior*, 34 (4), 651-668. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198106294895>

MSSI (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España. Informe EDADES 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ONU (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. New York: Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito de Viena.

Pisetsky, E. M., Chao, Y. M., Dierker, L. C., May, A. M. y Striegel-Moore, R. H. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (5), 464-470. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20520>.

Ringel, J. S., Ellickson, P. L. y Collins, R. L. (2007). High school drug use predicts job-related outcomes at age 29. *Addictive Behaviors*, 32 (3), 576-589. <http://dx.doi.org/10.2975/35.3.2012.235.243>

Ruiz Victoria, B. (n.d.). *Guía del profesorado. El reto del alcohol y las drogas en la escuela*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Documento web]. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/guias-profesorado.html>.

## DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES

### SEX DIFFERENCES IN THE PERCEPTION OF RISK ASSOCIATED WITH DRUG USE IN YOUNG

CARLOS HERRUZO<sup>1</sup>, VALENTINA LUCENA<sup>1</sup>,  
ROSARIO RUIZ-OLIVARES<sup>1</sup>, ANTONIO RAYA<sup>1</sup> Y  
MARÍA JOSÉ PINO<sup>1</sup>.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A. y Pino, M. J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes [Sex differences in the perception of risk associated with drug use in young]. *Acción Psicológica*, 13(1), 79-90. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17422>

### Resumen

El objetivo de este estudio consiste en caracterizar la percepción del riesgo asociado tanto a sustancias legales (alcohol, tabaco e inhalantes) como ilegales (cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, drogas de diseño, alucinógenos) entre los jóvenes de 18 a 29 años en seis dimensiones (problemas para la salud física, salud psíquica, tráfico, capacidad para realizar tareas, relaciones interpersonales y problemas legales) y, además, si existen diferencias de percepciones en

función del sexo. Con un diseño *ex post facto* de grupo único se han estudiado los perfiles perceptivos de 3819 jóvenes andaluces en las nueve drogas citadas. La percepción de los jóvenes muestra patrones diferentes para cada droga, destacando que existen ciertos sesgos: los problemas psíquicos derivados del alcohol, que son vistos como menos peligrosos que los problemas de salud o los efectos sobre la salud del cannabis, que se ven como menos peligrosos que los del tabaco. Con respecto a la variable sexo, las mujeres perciben las drogas estudiadas como más peligrosas, salvo el caso de los inhalantes y ciertas dimensiones específicas de otras drogas, en

**Agradecimientos:** este trabajo ha sido posible gracias al convenio de colaboración entre la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y la Universidad de Córdoba para el estudio de las adicciones en jóvenes.

**Correspondencia:** Carlos Herruzo. Grupo Comportamientos de Riesgo. Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Córdoba.

**Email:** z42hepic@uco.es

<sup>1</sup> Universidad de Córdoba, España.

Recibido: 07 de enero de 2016.

Aceptado: 15 de febrero de 2016.

concreto, el riesgo para la salud física en la cocaína, y los accidentes de tráfico y el riesgo para la salud física en el caso de las anfetaminas. Se sugieren enfatizar estos aspectos en las campañas informativas y preventivas.

**Palabras clave:** drogas legales e ilegales; jóvenes 18-29 años; percepción de riesgo; sexo.

## Abstract

The aim of this study was to characterize the perception of the risk associated to both legal substances (alcohol, tobacco and inhalants) as illegal (cannabis, cocaine, heroin, amphetamines, designer drugs, hallucinogens) among youth 18 to 29 years old in six dimensions (problems for the physical health, mental health, traffic, ability to perform tasks, interpersonal relations and legal problems), and also, if whether such perceptions are different by sex. With a *ex post facto* single group design, were studied the perceptual profiles of 3,819 Andalusian young people about cited drugs. The perceptions of young people show different patterns for each drug, enhancing that there are certain biases about the psychic problems derivatives of alcohol, which are viewed as less dangerous than the problems of health; or the health effects of cannabis, which are seen as less dangerous than the tobacco. With regard to sex variable, women perceive drugs studied as more dangerous, except in the case of inhalants and certain specific dimensions of other drugs, in particular, the risk to the physical health in cocaine, and traffic accidents and the risk to the physical health in the case of amphetamines. Emphasizing these aspects in information campaigns and preventive measures is suggested.

**Keywords:** Illegal and legal drugs; youth 18-29 years old; risk perception; sex.

## Introducción

El consumo de drogas entre los jóvenes sigue siendo una importante preocupación social y desde hace décadas muchos países en todo el mundo han dedicado recursos para la puesta en marcha de observatorios o agencias que realicen periódicamente estudios, además de los dedicados al tratamiento, prevención e investigación de los problemas relacionados con dicho consumo tales como problemas en la familia y en la escuela, conducción en estado de embriaguez, discapacidades, suicidio, agresiones, violencia, delitos contra el orden público, conducta sexual de alto riesgo, etc. (Alonso, Pastor, Montoro y Esteban, 2015; Jiménez-Muro, Beamonte, Marquete, Gargallo y Nerín, 2009; La Caixa, 2015; Morales-Manrique, Bueno-Cañigral, Aleixandre-Benavente y Valderrama-Zurián, 2010).

A lo largo de estas décadas se han llevado a cabo muchas investigaciones tratando de caracterizar tanto el consumo como a los consumidores, destacando los que tratan de buscar las causas de la iniciación y mantenimiento del consumo entre los adolescentes (Cava, Murgui y Musitu, 2008; Dodge et al., 2006; Hansen y O'Malley, 1996; Tirado, Aguaded y Marín, 2009).

Aunque son muchos los factores de riesgo encontrados en estas investigaciones, varias veces se ha destacado el importante papel desempeñado por las actitudes positivas que los jóvenes muestran hacia el consumo de sustancias psicoactivas: actitudes basadas en la noción de que las drogas no plantean ningún riesgo, pero que facilitan la diversión y las relaciones sociales (Gil, 2008). En este sentido, el consumo se ha vinculado con las decisiones que los jóvenes toman acerca de su consumo, no sólo en la situación concreta ante la oportunidad o estímulo para consumir, sino también con aquellas decisiones que toman sobre el consumo, es decir, que algunas personas, teniendo en cuenta los beneficios y los riesgos que implica el uso de ciertas drogas, las rechazan a pesar de las oportunidades que pueden tener para consumirlas (Calafat, Androver, Juan y Frankze, 2008; Calafat et al., 2001; Linden y Lau-Barraco, 2014; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Trujillo, Forns y Pérez Gómez, 2007).

Según Becoña (2007), una de las variables que influyen en estas decisiones sobre el consumo de sustancias es la percepción de riesgo, entendida como el grado en que se atribuye a un determinado tipo de conducta una amenaza especial para la salud. Es decir, la percepción del riesgo influiría en el comportamiento concreto de una persona a través de la evaluación que realiza de diferentes aspectos intrapersonales y contextuales que pueden ser favorables o desfavorables hacia la participación en la conducta en cuestión: en este caso, el consumo de drogas.

Las mayores diferencias en la percepción de los riesgos asociados con el consumo de drogas se han relacionado más con el tipo de droga que con los patrones de consumo (Fernández et al., 2003; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzco, 2010; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya y Herruzo, 2010; Scott-Parker, Watson, King y Hyde, 2013). En este sentido, las ideas preconcebidas acerca de las diferentes sustancias que, a la vez, se apoyan en la propia experiencia de consumo, en las creencias y en la construcción social de las diferentes sustancias, influirán decisivamente en su consumo (Becoña, 2000, 2007). El riesgo que la población percibe ante el uso de distintas drogas podría interpretarse como un factor de protección frente al consumo de las mismas y, de manera especial, en su inicio (EDADES, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; OEDT, 2010). Según las encuestas nacionales ESTUDES (Encuesta Estatal de Uso de Drogas en Educación Secundaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) y EDADES (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), en España, la percepción del riesgo de consumo de sustancias legales –alcohol, tabaco y hipnosedantes– es menor que el asociado a las drogas ilegales –cannabis, cocaína y alucinógenos– (Donate et al., 2008; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya y Herruzo, 2010). Así, mientras el 94 % de la población de 15 a 64 años considera que los consumos de heroína, cocaína y éxtasis pueden producir muchos o bastantes problemas, con independencia de la frecuencia con que se consuman, el riesgo asociado a probar éxtasis o cocaína una o dos veces en la vida, aumenta la tolerancia y la percepción del riesgo se reduce al 78.2 % de la población en el caso del éxtasis y al 76.5 % en el de la cocaína. Con respecto al

consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, aproximadamente la mitad de la población no considera que éste pueda acarrear muchos o bastantes problemas.

Los sucesivos informes EDADES también han destacado que, con carácter general, la percepción de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres para todas las sustancias psicoactivas y para todas las frecuencias de consumo (Armstrong, Watling, Watson y Davey, 2014). La excepción aparece con los tranquilizantes/somníferos, sustancias de consumo más prevalente entre las mujeres. En este caso, la proporción entre sexos es similar a la hora de asociar determinado riesgo al consumo esporádico de dichas sustancias.

Con respecto a la edad, aunque hay una valoración similar del riesgo del consumo habitual de heroína, cocaína, éxtasis y un paquete diario de tabaco, no obstante, el consumo de cannabis y el de cinco o seis copas en fin de semana, es percibido con mayor tolerancia por el segmento de entre 15 y 34 años frente al más mayor (35 a 64 años). Además, parece que la percepción del riesgo asociado al consumo habitual de tranquilizantes va descendiendo conforme se incrementa la edad.

La importancia del estudio de la percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias se justifica en su papel de factor de protección frente al inicio y mantenimiento del consumo, como se ha afirmado anteriormente. Pero, además como se trata de un fenómeno dinámico, que cambia a lo largo del tiempo, es necesario actualizarlo y caracterizarlo en orden a acompañar las acciones preventivas e interventivas a tales creencias o constructos sociales. Algunos autores insisten en que la investigación sobre el consumo de drogas entre los jóvenes debe centrarse en grupos específicos de la población con el fin de examinar los hábitos de consumo, las percepciones y actitudes de los grupos específicos de los jóvenes y la dinámica del consumo de drogas en esos grupos particulares, y como medio de la promoción de su conocimiento del problema y ser capaz de poner en práctica la acción y de prevención de estrategias más eficaces (Martins, Carlson, Alexandre y Falck, 2011; Uribe, Verdugo y Zacarías, 2011).

Además, en los distintos estudios se tiende a evaluar la percepción de las consecuencias del riesgo de forma global, siendo interesante la caracterización de las consecuencias, precisamente en aras de establecer acciones preventivas específicas que aumenten la sensibilidad de la población diana a la que se dirijan.

Por tanto, el objetivo de este estudio consiste en caracterizar la percepción del riesgo asociado tanto a sustancias legales como ilegales entre los jóvenes de 18 a 29 años y, además, si existen diferencias entre tales percepciones en función del sexo.

## Método

### *Participantes*

En el estudio han participado 3819 jóvenes andaluces, con una edad comprendida entre los 18 y 29 años (*media* = 21.6, *DT* = 3.63) de los que un 46.7 % eran hombres y un 53.3 % eran mujeres. Las características generales de la muestra eran: jóvenes entre 18 y 29 donde el 38.1 % tenían entre 18-20 años; el 26.0 % tenían entre 21-23 años; el 17.9 % tenían entre 24-26 años; el 13.5 % tenían entre 27-29 años y el 4.6 % eran mayores de 29 años. El 40.5 % estudian, el 32.1 % trabajan, un 13.4 % estudian y trabajan los fines de semana y un 12.9 % se encuentran desempleados.

### *Instrumentos de evaluación*

El cuestionario utilizado fue una adaptación del aplicado en otros trabajos de investigación con población universitaria (Lucena et al., 2013; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya y Herruzo, 2010) cuyo objetivo principal era describir los patrones de consumo de sustancias ilegales (cannabis, cocaína y drogas de diseño) en función de variables como la edad, el sexo, los estudios universitarios, características familiares, etc. El cuestionario contiene varios bloques de preguntas: datos sociodemográficos, patrones de consumo y percepción

de riesgo. Las preguntas referidas a los patrones de consumo se dividían por drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, alucinógenos, heroína, anfetaminas, drogas de diseño e inhalantes), dando cuatro opciones de respuesta: nunca he consumido, alguna vez en la vida, en los 12 últimos meses y en los 30 últimos días. Y en cuanto a la percepción de riesgo se preguntaba por el riesgo específico de cada sustancia en seis dimensiones con una escala tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 una percepción de bajo riesgo ("nunca causa problemas") y 5 una máxima percepción de riesgo ("siempre causa problemas"). Las seis dimensiones consultadas fueron: (a) accidentes de tráfico, (b) problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, etc.), (c) problemas en casa o de relación con los amigos, (d) problemas legales, (e) capacidad de hacer tareas y (f) provocar enfermedades crónicas o problemas de salud física.

### *Diseño*

El estudio se ha realizado mediante un diseño ex post-facto prospectivo de grupo único. Para la predeterminación del tamaño de la muestra, se partió de la siguiente simulación realizada con el paquete estadístico EpiInfo 2000, que para un 1 % de frecuencia esperada y un margen de error del 0.01, se obtuvo que como mínimo se debía recoger la información de 1900 sujetos. Se realizó un muestreo proporcional por conglomerados con una distribución por mancomunidades.

### *Procedimiento*

Para la recogida de datos colaboraron profesores de la Universidad de Córdoba y los coordinadores del *Programa de Ciudades ante las drogas* de diversas localidades de la provincia de Córdoba, que pasaron las encuestas a la población joven de un pueblo o mancomunidad en clases de ciclos formativos, lugares de trabajo, gimnasios, centros sociales o al azar. En el apartado de instrucciones del mismo se especificaba que era una encuesta sobre el consumo de diversas sustancias y algunos com-

portamientos en población joven, cuyo objetivo era la realización de una serie de actuaciones de prevención y tratamiento ante los problemas que pueden derivarse de estas conductas. Por último, se resaltaba la importancia de su participación, informando a su vez que el tratamiento de los datos sería estadístico de forma completamente anónima.

### *Análisis de datos*

Con la información proporcionada por los cuestionarios se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS 17. 0. Se realizó un ANOVA (modelo lineal general) para observar diferencias entre

los participantes a la hora de valorar la percepción de riesgo ante el consumo de cada una de las sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, alucinógenos, heroína, anfetaminas, drogas de diseño e inhalantes) así como para determinar si había diferencias en cuanto a la percepción de riesgo en función del sexo.

## **Resultados**

Como el objetivo de este estudio era caracterizar la percepción del riesgo ante nueve sustancias entre jóvenes de 18 a 29 años y estudiar si existen diferencias en función del sexo, se han representado los resultados obtenidos.

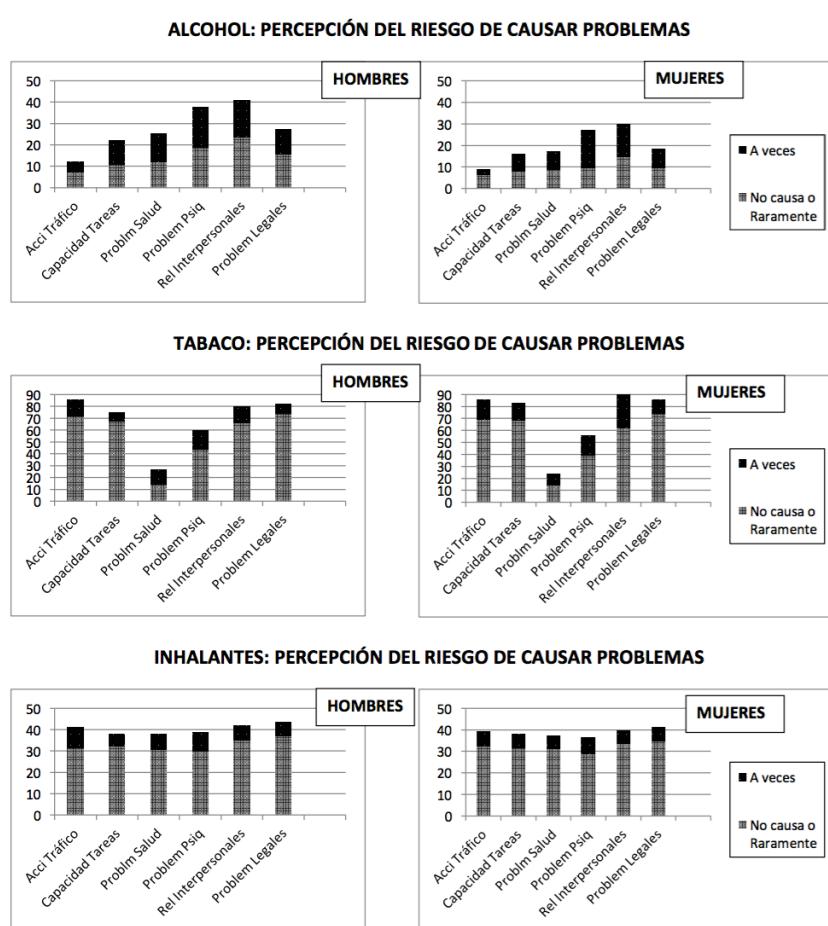


Figura 1. Percepción del riesgo de causar problemas ante el alcohol, el tabaco y los inhalantes en hombres y mujeres.

dos en las figuras 1, 2 y 3. Como el riesgo de cada sustancia y dimensión se valoraba en una escala tipo Likert de 5 puntos, para facilitar la comprensión los datos, las respuestas 1 (No causa problemas) y 2 (Raramente causa problemas) se han agrupado, así como las de 4 (bastantes problemas) y 5 (siempre causa problemas). En la figura aparecen representados los porcentajes dentro de una misma barra, y dado que la suma siempre es 100%, para enfatizar las diferencias se ha omitido la parte correspondiente a la alta percepción de riesgo (respuestas 4 y 5), de forma que a dicha opción corresponde la altura que queda hasta completar el 100 %.

En la Figura 1 se ha representado el perfil de riesgos para hombres (izquierda) y mujeres (derecha) en las tres drogas legales estudiadas: alcohol, tabaco y los inhalantes. En ellas se puede observar cómo el alcohol es percibido como más peligroso para la conducción (87.5 % consideran que siempre o casi siempre causa problemas) que para el resto de las dimensiones medidas como la capacidad para hacer tareas, problemas psíquicos, etc. (el ANOVA arrojó diferencias significativas en todos los casos confirmando que la percepción de cada dimensión era significativamente diferente de las demás [ $p = .000$ ]). Las mujeres perciben un riesgo mayor que los hombres ( $p = 0.000$  en todos los casos).

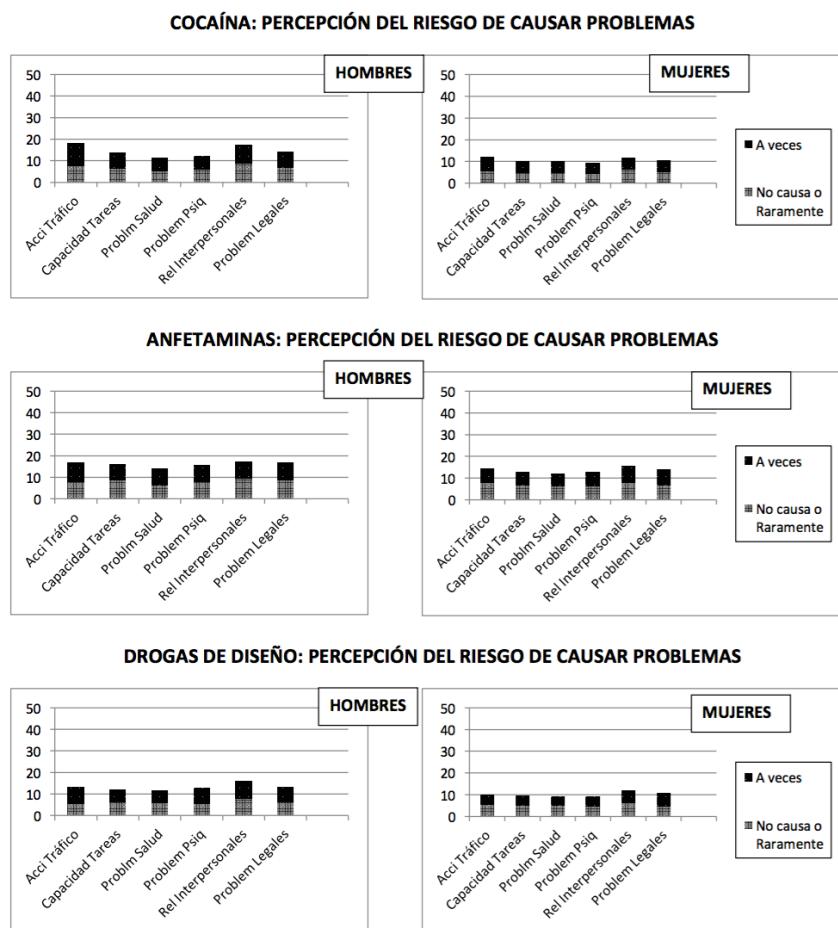


Figura 2. Percepción del riesgo de causar problemas ante la cocaína, las anfetaminas y las drogas de diseño en hombres y mujeres.

En el caso del tabaco, la percepción de riesgo mayor corresponde a la dimensión de la salud física, y en parte a la de problemas psíquicos, siendo los demás percibidos como poco relevantes. Sólo aparecen diferencias significativas entre mujeres y hombres en problemas de salud ( $p = .023$ ) y en problemas psíquicos ( $p = .013$ ), siendo las mujeres, ligeramente superior.

En la parte inferior de la gráfica aparecen los datos correspondientes a los inhalantes. Se trata de una droga poco conocida y no aparecen diferencias significativas entre sexos estando en torno al 60 % los que la consideran peligrosa.

En la Figura 2 se han representado el cannabis, los alucinógenos y la heroína. Con respecto al cannabis, el porcentaje de percepciones que no consideran peligrosas su consumo oscila entre el 25 y el 40 % para los hombres

y el 18 y 28 % para las mujeres, siendo por tanto el riesgo percibido de las mujeres superior al de los hombres en todas las dimensiones ( $p = .000$  en todos los casos). El mayor riesgo percibido es para la salud y el menor para las relaciones interpersonales y los accidentes de tráfico (hay diferencias entre todas las dimensiones  $p = .000$ ).

En el caso de los alucinógenos y de la heroína el porcentaje de personas que las perciben como peligrosas oscila en torno al 90 % en todas las dimensiones, siendo superior en el caso de las mujeres frente a los hombres (los valores de  $p$  oscilan entre .002 y .01 en el caso de los alucinógenos y entre .002 y .009 en el caso de la heroína).

Por último, en la Figura 3 se han representado los resultados de la cocaína, anfetaminas y las drogas de diseño. En la parte de arriba se representan los resultados relativos a la percepción del riesgo de la cocaína. El peli-

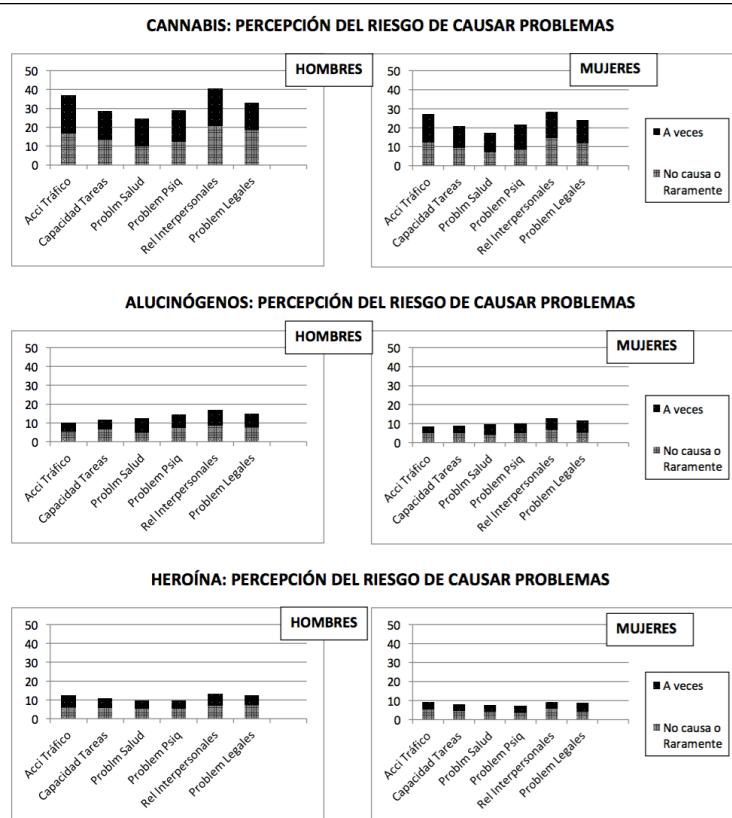


Figura 3. Percepción del riesgo de causar problemas ante el cannabis, los alucinógenos y la heroína en hombres y mujeres.

gro que se percibe mayor es para la salud física, donde no existen diferencias entre ambos sexos ( $p = .065$ ), aunque sí en las restantes dimensiones ( $p$  entre .000 y .005). En torno al 90.0 % de las mujeres perciben que a menudo o siempre causa problemas en las 6 dimensiones, mientras que en el caso de los hombres ese porcentaje oscila entre 81.8 % para los accidentes de tráfico y el 88.6 % de los problemas de salud.

Las anfetaminas reciben una calificación parecida por parte de los participantes en el estudio. El mayor peligro percibido es para la salud (85.5 % de los hombres y el 87.9 % de las mujeres) donde no hay diferencias significativas entre ambos sexos ( $p = .105$ ) ni para los accidentes de tráfico ( $p = .061$ ) y sí para las restantes dimensiones ( $p$  entre .001 y .039). El mayor riesgo se percibe en los problemas legales y accidentes de tráfico para los hombres (82.9 %) y las relaciones interpersonales para las mujeres (84.4 %).

Por último, las drogas de diseño presentan un perfil parecido, pero es ligeramente más alto el porcentaje de jóvenes que las perciben como peligrosas, aunque también vuelve a ser mayor la puntuación otorgada por las mujeres y el porcentaje que la califica como peligrosa (valores de  $p$  que oscilan entre .000 y .009).

## Discusión

Teniendo en cuenta que este estudio se proponía caracterizar la percepción del riesgo ante nueve sustancias entre jóvenes de 18 a 29 años y estudiar si existen diferencias en función del sexo, podemos decir que hemos avanzado en el conocimiento que tenemos sobre cómo perciben los jóvenes con respecto a lo que conocíamos por las encuestas nacionales, en las que el riesgo de cada sustancia se valoró de manera global. En nuestro estudio hemos medido seis dimensiones de cada sustancia, poniéndose de manifiesto que existe una clara discriminación en la percepción de los efectos en función del tipo de sustancia y el tipo de peligro. Así, en el caso del alcohol el mayor riesgo percibido es sobre los accidentes de tráfico, seguido por la capacidad para realizar tareas y los problemas de salud

y legales. Sin embargo, para las relaciones interpersonales y problemas psíquicos, en el caso de los hombres, el porcentaje de los que perciben poco o ningún peligro supera el 33.0 %. Esto refleja un patrón que en cierta medida coincide con el énfasis que la sociedad ha puesto en destacar sus consecuencias en los accidentes de tráfico y probablemente la propia experiencia de disminuir la capacidad de realizar tareas cuando se ingiere alcohol. Sin embargo, resulta preocupante que un 10% de las mujeres y casi un 20.0 % de los hombres, piensen que el alcohol no causa o pocas veces causa problemas psíquicos. Esto resulta especialmente relevante cuando los estudios ponen de manifiesto un aumento del consumo masivo (binge drinking) entre los jóvenes, cuyas principales consecuencias a largo plazo pueden manifestarse en esta dimensión. Por tanto, resultaría aconsejable aumentar el énfasis de las campañas publicitarias en estos aspectos.

En contraste, el tabaco presenta un patrón caracterizado por la percepción del peligro que implica para la salud (el 75.0 % lo perciben como peligroso) seguido por lo problemas psíquicos (menos del 50.0 %), probablemente reflejando en una parte de la juventud la conciencia acerca de los problemas que genera la adicción al tabaco y los síntomas relacionados con su abstinencia como la ansiedad.

Llama la atención también el patrón perceptivo de la tercera sustancia legal estudiada, con sólo aproximadamente un 60 % de los jóvenes que la consideran causante de problemas, lo que, probablemente, refleja el desconocimiento que hay entre la juventud sobre ella, dado el escaso uso de la misma en nuestro país.

Con respecto a la droga ilegal más consumida, el cannabis, el patrón perceptivo indica una tolerancia social hacia esta droga, porque el porcentaje de asignaciones como que no causa o raras veces causa problemas dobla y triplica los porcentajes de las restantes sustancias ilegales, que se hace especialmente evidente si se suman las respuestas neutras (a veces causan problemas). En este sentido, llama la atención

algo que confirma algo destacado por EDADES, en el sentido de ser considerado menos peligroso para la salud el cannabis que el tabaco. Y también debe ser destacado el contraste de la percepción del cannabis con los alucinógenos, puesto que siendo la primera una sustancia alucinógena, el número de personas que la consideran poco o nada peligrosa o neutra es del orden de tres veces superior a la de los alucinógenos para cada una de las dimensiones estudiadas.

En el caso de la cocaína y de las anfetaminas, cuyo patrón es bastante parecido, parecen percibirse como mayores los riesgos para la salud física y psíquica. Y, finalmente, las drogas de diseño parecen mostrar un patrón parecido al de la heroína.

Con respecto a las diferencias en función del sexo, podemos afirmar que las mujeres jóvenes de 18 a 29 años, perciben un riesgo mayor en prácticamente todas las dimensiones evaluadas de siete de las nueve sustancias estudiadas. La excepción la constituye, por un lado, el tabaco en el que sólo hubo diferencias significativas entre mujeres y hombres en problemas de salud ( $p = .023$ ) y en problemas psíquicos ( $p = .013$ ), siendo la percepción de las mujeres ligeramente superior a la de los hombres. En este sentido, los resultados no coinciden con lo expresado en la encuesta EDADES, en la que la percepción de riesgo es menor en el caso del tabaco para las mujeres que para los hombres. No obstante, en dicha encuesta el riesgo se valoró con una sola pregunta sobre el riesgo general, y en la mayoría de las dimensiones medidas. Por otro lado, en los inhalantes no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, así como en algunas de las dimensiones específicas de otras drogas, en concreto, el riesgo para la salud física en la cocaína, y los accidentes de tráfico y el riesgo para la salud física en el caso de las anfetaminas.

En definitiva, de este estudio se pueden concluir la necesidad de seguir actualizando el patrón de creencias o percepciones que los jóvenes tienen de las drogas con el objeto de enfatizar aspectos que en su visión parecen estar sesgados, como ha puesto de manifiesto este

estudio, como es el caso de los problemas psíquicos derivados del alcohol o los del cannabis ya señalados.

Por último, cabe destacar de las limitaciones de este estudio. Algunas de estas limitaciones eran inherentes al diseño metodológico. Por ejemplo, la recogida de datos en el aula involucra inevitablemente un cierto grado de sesgo de selección y los resultados puede aparecer subestimados, ya que los estudiantes que asisten regularmente a clase son los que tienen los hábitos de vida más saludables (Mas et al., 2004; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya y Herruzo, 2010) aunque se intentó reducir este sesgo tomando los datos en las dos primeras semanas de clase, en los que la asistencia es mayoritaria.

En futuras investigaciones, sería importante analizar las posibles diferencias en el consumo entre las poblaciones rurales no universitarias y los jóvenes universitarios con el fin de descubrir posibles sesgos perceptivos diferentes en ambos tipos de poblaciones. Por otro lado, resultaría interesante estudiar de manera específica el papel modulador del consumo en la percepción, en la línea estudiada por Pino et al. (2015) respecto a los accidentes de tráfico.

## Referencias

- Alonso, F., Pastor, J. C., Montoro, L. y Esteban, C. (2015). Driving under the influence of alcohol: Frequency reasons, perceived risk and punishment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(11), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/s13011-015-0007-4>.
- Armstrong, K. A., Watling, H., Watson, A. y Davey, J. (2014). Profile of women detected drink driving via Roadside Breath Testing (RBT) in Queensland, Australia, between 2000 and 2011. *Accident Analysis and Prevention*, 67, 67-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2014.02.006>

- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19, 89- 101. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621792004?accountid=14520>
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M. A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., ... y Zavatti, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture. SONAR Project*. Palma de Mallorca, España: IREFREA.
- Calafat, A., Androver, D., Juan, M. y Frankze, N. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 323-331. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113557272008000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113557272008000300008&script=sci_arttext)
- Cava, M. J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3497.pdf>
- Dodge, K. A., Malone, P. S., Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (2006). Toward a dynamic developmental model of the role of parents and peers in early onset substance use. En A. Clarke-Stewart y J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 104-131). New York: Cambridge University Press
- Donate, I., Hevia, J. R., Gutiérrez, E., Roces, A., Redondo, N. y Álvarez, F. (2008). *Informe Estudes08. Consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias de Asturias 2008*. Principado de Asturias, España: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Recuperado de [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Drogas/Observatorio/EstudesAsturias08\\_informe.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/EstudesAsturias08_informe.pdf)
- Fernández, J., Álvarez, E., Secades, R., Jiménez, J. M., Cañada, A., Donate, I., ... y Vallejo, G. (2003). Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de Secundaria del Principado de Asturias (España). *Adicciones*, 15, 31-37. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/445>
- Gil, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 346, 291-313. Recuperado de [http://www.revistaeducacion.mec.es/re346\\_11.html](http://www.revistaeducacion.mec.es/re346_11.html)
- Hansen, W. B. y O'Malley, P. M. (1996). Drug use. EN R. J. DiClemente, W. B. Hansen y L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/248>
- La Caixa (2015). *El impacto social de las drogas. Hablemos sobre drogas*. Barcelona, España: Fundación la Caixa.
- Linden, A. N. y Lau-Barraco, C. (2014). A qualitative review of psychosocial risk factors associated with caffeinated alcohol use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 144-153. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036334>
- Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2013). Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en jóvenes universitarios y no universitarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21(1), 123-136.

- Martins, S. S., Carlson R. G., Alexandre P. K. y Falck R.S. (2011). Perceived risk associated with ecstasy use: A latent class analysis approach. *Addictive Behaviors*, 36, 551–554. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.013>
- Mas, A., Nerín, I., Barrueco, M., Cordero, J., Guillén, D., Jiménez-Ruiz, C. y Sobradillof, V. (2004). Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 403-408.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2013/2014*. Madrid, España: Observatorio Español sobre la Drogas y las Toxicomanías, Dirección General para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012/2013, España*. Madrid, España: Dirección General para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218>
- Morales-Manrique, C., Bueno-Cañigral, F., Aleixandre-Benavente A. y Valderrama-Zurián J. (2010). Creencias y motivos asociados al consumo y no consumo de cocaína en población escolarizada de la ciudad de Valencia (España). *Trastornos Adictivos*, 12(2), 58-64.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT (2010). *El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe anual 2010*. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Pino, M. J., Herruzo, C., Raya, A. y Herruzo, J. (2015). Legal and Illegal Substance Consumption and Traffic Accident Risk Perception Among Spanish Young People. *Social Indicators Research*, 111, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1007/s1120501511214>
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 21-31.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino M. J., Raya, A. y Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(3), 579-590.
- Scott-Parker, B., Watson, B., King, M. J. y Hyde, M. K. (2013). A further exploration of sensation seeking propensity, reward sensitivity, depression, anxiety, and the risky behaviour of young novice drivers in a structural equation model. *Accident Analysis and Prevention*, 50, 465-471. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.05.027>
- Tirado, R., Aguaded, J. I. y Marín, I., (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Salud y Drogas*, 9(2), 165-184.
- Trujillo, A. M., Forns, M. y Pérez Gómez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción del riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19(2), 179-190.
- Uribe, J. I., Verdugo, J. C. y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55. <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/index.html>



# EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ADICCIÓN: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO VIP

## ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL VARIABLES IN TREATING PEOPLE WITH ADDICTION: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE QUESTIONNAIRE VIP

EDUARDO J. PEDRERO-PÉREZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pedrero-Pérez, E. J. (2016). Evaluación de variables psicológicas en el tratamiento de personas con adicción: propiedades psicométricas del cuestionario VIP [Assessment of Psychological Variables in Treating People with Addiction: Psychometric Properties of the Questionnaire VIP]. *Acción Psicológica*, 13(1), 91-106. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.15363>

### Resumen

El Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial fue propuesto hace una década para explorar variables psicológicas críticamente relacionadas con la adicción: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento. En el presente estudio se ha realizado un análisis factorial confirmatorio sobre una muestra de 1242 sujetos en tratamiento por adicción, y se ha estudiado la fiabilidad de las escalas y su validez predictiva sobre variables de salud y estrés percibido. El estudio factorial mostró una adecuada validez de constructo y todas las escalas han mostrado adecuada fiabilidad, salvo la de locus de control, con sólo tres

ítems. Varias escalas muestran correlaciones de gran magnitud con estrés percibido, calidad de vida relacionada con la salud y riesgo de mala salud mental. Destaca la capacidad predictiva de la escala de optimismo sobre estas tres variables, siendo probablemente la menos estudiada en relación a la adicción. El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico. Por ello, es preciso contar con instrumentos de evaluación fiables y válidos que permitan delimitar las características personales, fortalezas y debilidades, de las personas que van a realizar un tratamiento. El VIP parece ser una herramienta útil en la evaluación psicológica, en la medida en que proporciona, en una sola administración,

**Correspondencia:** Eduardo J. Pedrero-Pérez. Unidad de Formación e Investigación. CAD San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud.

**Email:** ejpedrero@yahoo.es

<sup>1</sup>Unidad de Formación e Investigación. CAD San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud, España.

Recibido: 20 de diciembre de 2015.

Aceptado: 12 de marzo de 2016.

datos sobre un buen número de variables psicológicas, es una prueba gratuita, de libre disposición para los clínicos e investigadores y fácil corrección e interpretación.

**Palabras clave:** evaluación psicológica; adicción; afrontamiento; autoestima; optimismo; análisis factorial confirmatorio.

## Abstract

The Questionnaire of Psychosocial Interaction Variables (VIP) was proposed a decade ago to explore psychological variables critically related with addiction: self-esteem, general self-efficacy, optimism, locus of control, social skills, self-control and coping styles. The present study was conducted a confirmatory factor analysis on a sample of 1,242 subjects treated for addiction and has studied the reliability of the scales and predictive validity on health variables and perceived stress. The factorial study showed adequate construct validity and all scales showed proper reliability, except that of locus of control, with only three items. Several scales show high correlations with perceived stress scale, quality of life and health-related risk of poor mental health. It stresses the predictive capacity of the scale of optimism on these three variables, probably being the least studied in relation to addiction. Effective treatment of drug addiction is closely linked to the evaluation and possible intervention on individual psychological characteristics that may influence the therapeutic outcome. Therefore, it is necessary to have reliable and valid instruments that allow the assessment to delimit the personal characteristics, strengths and weaknesses of the people who start a treatment. The VIP appears to be a useful tool in psychological assessment, as it provides, in a single administration, data on a number of psychological variables, it is a free tool, freely available to clinicians and easy correction and interpretation.

**Keywords:** Psychological assessment; addiction; coping; self-esteem, optimism; confirmatory factor analysis.

## Introducción

La importancia de los factores psicológicos en la adicción y su recuperación está fuera de toda duda, constituyéndose en elementos centrales de la prevención y el tratamiento de rehabilitación, incluso en los casos en que se acompañan de otras modalidades terapéuticas (Gifford y Humphreys, 2007). Y existe evidencia científica de que los tratamientos psicológicos son, en general, los más efectivos (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). Sin embargo, es necesario individualizar el ritmo de incorporación de cada sujeto, de modo que el programa se adapte a sus características y no al revés.

En este sentido, hace ahora una década se propuso un instrumento de evaluación psicológica: el Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), que permite la exploración de variables como la autoestima, la autoeficacia percibida, el optimismo, el locus de control, las habilidades sociales, el autocontrol y los estilos de afrontamiento del estrés (Pedrero Pérez, Pérez López, De Ena de la Cuesta y Garrido Caballero, 2005). La baja autoestima se vincula a la adicción tanto como rasgo favorecedor del establecimiento de patrones desadaptativos de consumo, como un factor de mantenimiento de la conducta y como una consecuencia de la incapacidad percibida para mantener el control; ello no sólo se ha encontrado en adicción a sustancias, sino también en las denominadas adicciones comportamentales sin sustancia (Sariyska et al., 2014). Su combinación con un bajo optimismo está en la base del modelo cognitivo de depresión de Beck (2008). La autoeficacia general, es decir, la capacidad estimada de enfrentarse las dificultades que evalúa cada sujeto, se relaciona con su capacidad real para enfrentarse a situaciones de riesgo, así como para mantenerse en tratamiento y alcanzar buenos resultados (Kadden y Litt, 2011). El locus de control interno es la creencia de que el sujeto está en condiciones (capacidades y esfuerzo) de modificar su conducta, mientras que si es externo tenderá a modificarla poco en espera de que circunstancias externas (intervención médica/psicológica, medicación, suerte, control parental) sean la clave del cambio; es pues vital considerar el sistema de creencias del individuo a la hora de proponer un tratamiento (Ersche, Turton, Croudace y Štochl, 2012). La falta de habilidades sociales se relaciona con el desarrollo de patrones

de consumo desadaptativos, así como con otros problemas psicopatológicos asociados a la adicción (Beardslee, Chien y Bell, 2014). El autocontrol sería la dimensión opuesta a la impulsividad, y, más precisamente, la capacidad aprendida para inhibir respuestas irreflexivas sin cálculo de consecuencias (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok y Baumeister, 2012). Finalmente, la manera o estilo general de resolver los conflictos es una variable crítica en relación con el abuso de sustancias: si lo deseable es una orientación al problema y su resolución, y la búsqueda de apoyo social es una segunda línea de afrontamiento, la orientación al malestar no sólo es ineficaz, sino que favorece la evitación y el escape, siendo el consumo de drogas el principal mecanismo de reducción del malestar (Corbin, Farmer y Nolen-Hoekesma, 2013). Un gran número de estudios relacionan estas variables con calidad de vida, salud mental y cualquier patología conocida.

Desde entonces, el cuestionario se ha utilizado en diversos ámbitos clínicos, y en estudios empíricos: relación de estas variables con rasgos de personalidad de diferentes modelos (Pedrero Pérez, 2006, 2007, 2008a; Pedrero Pérez, Olivar Arroyo y Puerta García, 2007) o con trastornos de la personalidad (Pedrero Pérez, López-Durán y Olivar Arroyo, 2006) variables relacionadas con el consumo de sustancias (Chicharro Romero, Pedrero Pérez y Pérez López, 2007; Pedrero Pérez, Rojo Mota y Puerta García, 2008), o adicciones comportamentales (Pedrero Pérez, 2010), su prevención (Cortés, Espejo, Dolz, Giménez y Belda, 2009) o su tratamiento (Calderón, 2008; Carreras, Almendros y Carroblés, 2015; Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2015; Pedrero Pérez, 2008b), o con calidad de vida (Pedrero Pérez, Olivar Arroyo y Chicharro Romero, 2008), diferencias de género (de Ena de la Cuesta y Pedrero Pérez, 2004) o valores sociales (Pedrero Pérez, Rojo Mota y Puerta García, 2009).

Sin embargo, ningún trabajo ha abordado la réplica de sus propiedades psicométricas desde que fuera propuesto en 2005. La teórica estructura de nueve escalas inicialmente planteada no se replicaba en su totalidad en el estudio inicial, agrupándose ciertas escalas entre sí, reflejando la existencia de suprafactores de carácter más general que los de la propuesta teórica. Se optó por man-

tener la estructura de nueve escalas en la medida en cada una de ellas prescribe acciones concretas en el diseño del tratamiento individualizado: por ejemplo, la terapia de resolución de conflictos para el afrontamiento centrado en la tarea, las técnicas de control emocional para el afrontamiento centrado en la emoción o las técnicas de autocontrol para la escala del mismo nombre. El hecho de primar la utilidad clínica no exime del cumplimiento de adecuadas propiedades psicométricas para el instrumento de medida.

El objetivo principal del presente trabajo es explorar la validez de constructo del VIP, confirmando o rechazando la adecuación de la propuesta teórica nuevas muestras de sujetos en tratamiento por adicción. Adicionalmente, y una vez conocidas las propiedades o limitaciones del instrumento, se estudiarán diferencias entre grupos de consumidores según la droga principal o diferencias de género, así como su relación con medidas de estrés percibido, calidad de vida y salud mental.

## Método

### Participantes

La población objeto de estudio está constituida por los 10107 estudiantes que se han presentado a las pruebas referidas en el periodo objeto de estudio. En la Tabla 1 se muestran dichos sujetos agrupados de acuerdo con la universidad de origen.

En total se contemplan 40 universidades públicas y privadas, que ofertan la titulación de Psicología en la modalidad presencial y a distancia. El resto de universidades que imparten estos estudios en España (ocho de titularidad privada y una de titularidad pública) no han sido consideradas, ya que ningún estudiante de estas instituciones se ha presentado a las pruebas selectivas para el acceso al SNS. La muestra estuvo compuesta por 1242 personas en tratamiento por adicción a sustancias que accedían a un tratamiento por adicción a sustancias en un centro específico, público y gratuito de Madrid (CAD San Blas,

Tabla 1

*Descriptivos de la muestra*

	<b>Muestra</b>	
	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Sexo</b>		
n	923	319
%	74.30 %	25.70 %
<b>Edad</b>		
Media	36.6	37.4
D. t.	9.2	10.1
Rango	18 - 67	18 - 66
<b>Nivel de estudios</b>		%
Primarios o menos	17.4	15.7
Secundaria obligatoria	40.2	30.4
Secundaria posobligatoria	29.4	36.4
Universitarios	13.0	17.6
<b>Droga principal</b>		%
Heroína	14.8	13.5
Cocaína	41.6	32.6
Alcohol	35.6	46.7
Cannabis	7.9	7.2

Instituto de Adicciones) y estuvo formada por 923 varones y 319 mujeres, en una proporción de 3/1 habitual en los centros de tratamiento a lo largo del tiempo. Los sujetos cumplimentaban una amplia batería de pruebas de evaluación, entre las que se encontraba el VIP y el resto de pruebas utilizadas en el presente estudio. Todos ellos fueron informados del doble objetivo de la evaluación (diseño individualizado del tratamiento e investigación) y firmaron un consentimiento informado. En la Tabla 1 se muestran detalladamente los descriptivos de la muestra.

**Instrumentos de evaluación**

*Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial* (VIP; Pedrero Pérez et al., 2005), prueba de 84 ítems, que se responden en una escala de cuatro posiciones: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en desacuerdo. Las opciones se corrigen 2, 1, -1 y -2, siempre en dirección al constructo explorado en cada escala, de modo que deben invertirse las puntuaciones de los ítems negativos. Las escalas se puntúan entre el máximo posible (+100) y el mínimo posible (-100) para cada escala, según la fórmula:

(Puntuación directa \* 100)

-----  
2 \* (Ítems respondidos)

Cuando una respuesta se encuentra en blanco (o cuando el sujeto responde marcando entre las dos opciones centrales) se corrige como 0. Se considera válido cuando no hay más de cinco respuestas en blanco. Las escalas teóricamente propuestas son: *Autoestima*, la *Autoeficacia Percibida*, el *Optimismo*, el *Locus de Control*, las *Habilidades Sociales*, el *Autocontrol* y los *Estilos de Afrontamiento del Estrés*. En la Tabla 2 se hacen constar los ítems que componen cada escala.

Adicionalmente, se administraron a muestras menores los siguientes cuestionarios:

*Escala de Estrés Percibido de 10 ítems, EEP (Perceived Stress Scale, PSS;* Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), versión española de Remor y Carrobles (2001). La EEP está formada por 14 ítems que miden el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario, se han sentido seguras de su capacidad para

Tabla 2

*Ítems del VIP*

	nº ítems	ítems	$\omega$
Autoestima	12	(8), (13), (20), (26), (27), (37), (45), (49), 54, 61, (63), (70)	.92
Autoeficacia	9	4, 6, 12, 23, 29, 40, 53, 57, 73	.86
Optimismo	11	(3), (7), (10), (34), (42), 47, (51), 66, 68, (69), (75)	.86
Locus (internalidad)	3	(32), (39), (81)	.61
Habilidades sociales	10	(2), (11), (18), (30), (33), (35), (38), 59, (71), (79)	.84
Autocontrol	11	(5), 16, 17, 19, 22, (25), (50), 56, (78), (83), (84)	.82
Afrontamiento centrado en la tarea	11	9, 15, 24, 28, 31, 44, 48, 52, 58, 60, 76	.90
Afrontamiento centrado en la emoción	12	1, 21, 36, 43, 46, 55, 62, 65, 72, 74, 77, 82	.87
Afrontamiento centrado la búsqueda de apoyo social	5	14, 41, 64, 67, 80	.82

Nota. Entre paréntesis, los ítems que deben invertirse.  $\omega$  = Omega de McDonald.

controlar sus problemas personales. La escala puntuá entre 0-40, con puntuaciones superiores indicando mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta de tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 («Nunca») a 4 («Muy a menudo»). Aunque la escala completa consta de 14 ítems, se ha encontrado que en población clínica y no clínica española (aunque también en muestras de otras procedencias e idiomas) la versión de 10 ítems presenta los mejores indicadores psicométricos (Pedrero-Pérez et al., 2015)

El COOP/WONCA (Skevington, Sartorius, Amir y THE WHOQOL Group) es un instrumento propuesto por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) para estimar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se utilizó la versión española de Lizan y Reig (1999). Los ítems exploran aspectos relativos a esta variable a través de unas láminas en las que se visualizan mediante dibujos las 5 opciones de respuestas, debiendo marcar el evaluado la que mejor defina su estado. Aunque se han utilizado versiones de seis, siete y nueve ítems, para el presente estudio se optó por la versión más amplia, de nueve ítems, baremada en población española (Serrano-Gallardo, Lizán-Tudela y Díaz-Olalla, 2009) y sin hacer uso de los estímulos visuales, sino sólo los contenidos de cada ítem como estímulos verbales, lo que ha mostrado no presentar ni diferencias psicométricas significativas ni ventajas percibidas por el cumplimentador, pudiendo administrarse incluso mediante entrevista telefónica (Pedrero-Pérez y Díaz-

Olalla, 2014). Las respuestas corresponden a una escala tipo Likert, en la que mayores puntuaciones se corresponden con peor calidad de vida percibida.

*Cuestionario General de Salud de 12 ítems, GHQ-12 (The 12-Item General Health Questionnaire, GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988)*, instrumento para cribar posibles problemas de salud mental (salvo los psicóticos). Se responde en una escala Likert de 4 opciones (0 nada, 3 siempre; se invierten los ítems negativos), correspondiendo mayores puntuaciones a más probable existencia de problemas de salud mental. Se corrige de dos maneras complementarias: las dos primeras opciones como 0 y las dos siguientes como 1; se obtiene una puntuación entre 0 y 12 puntos, considerándose que tres o más sugieren “riesgo de mala salud mental”; la segunda forma de corrección es como una escala tipo Likert normal, con puntuaciones entre 0 y 36, lo que da idea de la intensidad del riesgo. Ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en su versión española (Sánchez-López y Dresch, 2008).

**Procedimiento**

Se procedió a un muestreo consecutivo de las personas admitidas a tratamiento en el Centro, entre enero de 2010 y junio de 2015, que realizaron la prueba cuando estuvieron libres de intoxicación por sustancias

no prescritas, esperando para ello entre dos y cuatro semanas en la mayor parte de los casos, y comprobándose mediante análisis toxicológicos de orina o análisis de aire espirado. Los participantes eran advertidos del propósito de la prueba y accedieron a cumplimentarla de manera anónima y desinteresada. Se excluyeron los cuestionarios deficientemente cumplimentados ( $n = 16$ ). Para su inclusión, los sujetos debían cumplir criterios de abuso o dependencia de al menos una sustancia al inicio de su tratamiento y según criterios DSM-IV. Se excluyó a quienes carecían de un adecuado nivel de comprensión del idioma español.

### Análisis de datos

Se analizaron en primer lugar los 84 ítems, explorando sus distribuciones. Para la determinación de la normalidad multivariada se utilizó el criterio de Mardia (1970). Se realizó un análisis factorial confirmatorio para explorar la estructura de nueve escalas propuestas teóricamente; se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados, como el más adecuado a las opciones de respuesta (categorial, no lineal). Se utilizaron indicadores de bondad de ajuste generales (CMIN/DF), basados en los residuos (RMSEA) y los proporcionados por el programa AMOS 18.0 (RMR, GFI, AGFI, NFI, RFI, PNFI y PGFI). La consistencia interna de las escalas se estimó mediante el omega de McDonald (1999). Se estudió el efecto de interacción de las variables mediante la lambda de Wilks ( $\lambda$ ). Se calcularon las correlaciones parciales, controlando las variables con efecto de interacción, y las de orden cero, utilizando la corrección de Bonferroni para correlaciones múltiples, con objeto de eliminar las correlaciones al azar. Para las comparaciones entre subgrupos se aplicó un análisis de covarianza. Las relaciones predictivas entre variables se estudiaron a partir de los pesos de regresión (índice de regresión dividido por el error estándar). El tamaño del efecto se calculó mediante la eta al cuadrado  $\eta^2$ ; Cohen, 1973), aplicando las reglas de interpretación propuestas por Cohen (1988).

### Resultados

En primer lugar se exploró la distribución de los ítems para descartar la existencia de *outliers*, esto es, ítems con asimetría mayor de tres o curtosis superior a ocho. La asimetría se mantuvo en valores entre -1.23 y 0.88, mientras que la curtosis osciló entre -1.56 y 1.07. En su conjunto, los datos cumplieron el criterio de normalidad multivariada (Mardia 153.1,  $p < .0001$ ).

También cumplían las condiciones para realizar un análisis factorial (Bartlett = 36482, g.l.= 3486,  $p < .0001$ ; Kaiser-Meyer-Olkin = .96). Las escalas explicaban en su conjunto el 47 % de la varianza total del test.

Se procedió a efectuar un análisis factorial confirmatorio para explorar el ajuste del modelo teórico de nueve escalas a los datos disponibles. El índice de bondad de ajuste general resultó satisfactorio  $\chi^2 = 10363.8$ , g.l.= 3366,  $p < .0001$ , CMIN/DF = 3.0) y también indicadores no sensibles al tamaño de la muestra (RMSEA = .045). Cuando se efectuó un análisis de mínimos cuadrados no ponderados, todos los indicadores mostraron una adecuada bondad de ajuste (RMR = .08, GFI = .96, AGFI = .96, NFI = .95, RFI = .95, PNFI = .92, PGFI = .90). Por tanto, se confirmó como adecuada la estructura de nueve escalas del VIP. Todas las escalas mostraron adecuada consistencia interna, salvo la de locus de control, compuesta por sólo tres ítems (Tabla 2).

Se compararon las puntuaciones obtenidas por los grupos, según la droga principal que motivaba su tratamiento. Previamente, se exploró el posible efecto de interacción de diversas variables, que podía afectar a las diferencias. Mostraron efecto de interacción el sexo ( $\lambda$  de Wilks = .94,  $F_{(9.0; 1227,0)} = 8.36$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .06$ ), la edad ( $\lambda = .95$ ,  $F_{(g.l. 9.0; 1227,0)} = 7.76$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ ) y el nivel de estudios ( $\lambda = .96$ ,  $F_{(9.0; 1227,0)} = 5.82$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .04$ ). Por ello, estas tres variables fueron controladas en análisis posteriores.

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre las escalas del VIP, tanto cuando se controlan las variables en interacción, como las de orden 0. Se observan algunas

Tabla 3

*Correlaciones entre las escalas del VIP*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Autoestima		.59	.75	.46	.52	.54	.54	-.69	.13
2. Autoeficacia	.60		.54	.34	.42	.46	.73	-.49	.14
3. Optimismo	.76	.55		.49	.42	.46	.49	-.6	.12
4. Locus (internalidad)	.47	.35	.50		.36	.31	.30	-.44	.01
5. Habilidades sociales	.52	.42	.43	.37		.22	.29	-.43	.15
6. Autocontrol	.54	.47	.46	.32	.21		.53	-.58	.09
7. Afr. Centr. en la tarea	.55	.74	.49	.31	.29	.54		-.47	.22
8. Afr. Centr. en la emoción	-.70	-.51	-.61	-.45	-.43	-.58	-.49		.02
9. Afr. Centr. en apoyo social	.11	.12	.11	.00	.16	.05	.19	.05	

Nota. En la parte superior y cursiva, correlaciones parciales, controlando sexo, edad y nivel de estudios. En la parte inferior, correlaciones de orden 0.

correlaciones muy elevadas y con gran tamaño del efecto: la autoestima y el optimismo ( $r^2 = .56$ ) y la autoeficacia percibida y el afrontamiento centrado en la tarea ( $r^2 = .54$ ). El afrontamiento centrado en la emoción correlaciona negativamente con todas las demás, especialmente con la autoestima ( $r^2 = .49$ ), mientras que el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social muestra correlaciones muy bajas con el resto de las escalas.

En la Tabla 4 se muestran las diferencias encontradas en los subgrupos según la droga principal por la que se solicitó tratamiento. Puede observarse que, por lo general, las peores puntuaciones (menores en variables positivas, como la autoestima, autoeficacia, optimismo, etc.; y mayores en afrontamiento centrado en la emoción) correspondieron a los que tenían el alcohol como droga principal. En todo caso, el tamaño de las diferencias se situó entre bajo y moderado en todos los casos.

Tabla 4

*Diferencias en las escalas del VIP según droga principal*

	Droga principal									
	HEROÍNA n=180		COCAÍNA n= 488		ALCOHOL n= 478		CANNABIS n= 96			
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	F (g.l.=6)	$\eta^2$
Autoestima	11.46	42.95	12.01	46.00	7.57	44.95	15.50	47.82	6.30	.03
Autoeficacia	16.89	35.81	18.34	39.58	12.73	37.01	16.60	39.16	6.73	.03
Optimismo	7.69	35.40	10.78	38.75	3.19	36.99	5.67	40.18	6.43	.03
Locus (internalidad)	33.68	46.12	28.32	47.46	23.42	46.97	18.40	46.62	9.47	.04
Habilidades sociales	16.22	38.96	19.28	38.46	8.52	41.42	18.18	38.84	7.57	.04
Autocontrol	2.87	31.58	-0.76	35.95	4.26	32.19	1.96	36.64	8.68	.04
Afrontamiento centrado en la tarea	16.64	37.24	14.27	40.95	18.67	37.81	20.35	35.22	6.39	.03
Afrontamiento centrado en la emoción	0.14	37.64	1.53	38.76	7.76	37.66	3.53	39.10	11.21	.05
Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social	-11.33	39.82	-0.08	43.44	-3.31	43.20	4.85	43.39	9.01	.04

Nota.  $\eta^2$ = eta al cuadrado como estimador del tamaño del efecto. Todas las diferencias son significativas para  $p < .001$ .

Tabla 5

*Diferencias por sexo en las escalas del VIP*

	Sexo					
	Varones n= 923		Mujeres n= 319		F (g.l.=3)	$\eta^2$
	M	D.T.	M	D.T.		
Autoestima	14.28	43.78	-0.45	47.94	11.60	.03
Autoeficacia	19.32	36.87	5.76	39.77	12.28	.03
Optimismo	9.82	36.24	-1.10	41.08	10.90	.03
Locus (internalidad)	28.18	45.79	21.43	50.60	15.02	.04
Habilidades sociales	15.59	39.05	11.79	42.49	12.14	.03
Autocontrol	4.11	33.71	-4.48	34.15	16.38	.04
Afrontamiento centrado en la tarea	20.21	37.16	6.87	41.80	11.29	.03
Afrontamiento centrado en la emoción	-0.44	37.87	16.38	36.77	19.43	.04
Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social	-4.86	41.44	4.05	46.65	15.38	.04

Nota.  $\eta^2$ = eta al cuadrado como estimador del tamaño del efecto. Todas las diferencias son significativas para  $p < .001$ .

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los varones en todas las escalas, salvo en dos estilos de afrontamiento: centrado en la emoción y centrado en la búsqueda de apoyo social (Tabla 5). Estas diferencias fueron significativas, aunque el tamaño del efecto fue entre bajo y moderado. Cuando se estudiaron las diferencias por sexo en cada uno de los grupos según la droga principal, estos resultados tendían a repetirse en todas las submuestras, alcanzando un tamaño del efecto grande ( $\eta^2 = .07$ ) en las dos escalas mencionadas. Sin embargo, en los consumidores de cannabis aparecían atenuados ( $\eta^2 = .05$ ) y sin significación estadística en ningún caso, aunque el grupo de mujeres consumidoras de cannabis era demasiado bajo para obtener conclusiones sólidas ( $n = 23$ ).

La edad mostró correlación significativa y positiva con el autocontrol ( $r = .15, p < .001$ ) y negativa con las

habilidades sociales ( $r = -.11, p < .001$ ) y con el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social ( $r = -.16, p < .001$ ), pero no con el resto de escalas. Estas correlaciones se mantuvieron cuando se controlaron las variables sexo y nivel de estudios.

En cuanto al nivel de estudios, mostró correlaciones significativas ( $p < .05$ ) con varias escalas, pero tras aplicar la corrección de Bonferroni sólo resultaron significativas en el caso del optimismo ( $r = .08, p < .005$ ), el locus de control interno ( $r = .17, p < .001$ ) y las habilidades sociales ( $r = .12, p < .001$ ).

Finalmente, en la Tabla 6 se observan las correlaciones encontradas entre el VIP y los autoinformes de estrés percibido, calidad de vida relacionada con la salud y riesgo de mala salud mental. Se observa que, salvo la escala de afrontamiento centrado la búsqueda de apoyo social, todas las demás muestran correlaciones ne-

Tabla 6

*Correlación entre escalas del VIP y otros autoinformes*

	EEP-10 n= 552	WONCA n= 50	GHQ-12 n= 50
Autoestima	-.58*	-.55*	-.51*
Autoeficacia	-.50*	-.57*	-.49*
Optimismo	-.57*	-.64*	-.57*
Locus (internalidad)	-.32*	-.38	-.30
Habilidades sociales	-.29*	-.24	-.10
Autocontrol	-.49*	-.35	-.27
Afrontamiento centrado en la tarea	-.46*	-.44*	-.44*
Afrontamiento centrado en la emoción	.58*	.44*	.44*
Afrontamiento centrado la búsqueda de apoyo social	-.03	-.02	.04

Nota. \* Significativo tras corrección de Bonferroni ( $p < .006$ ).

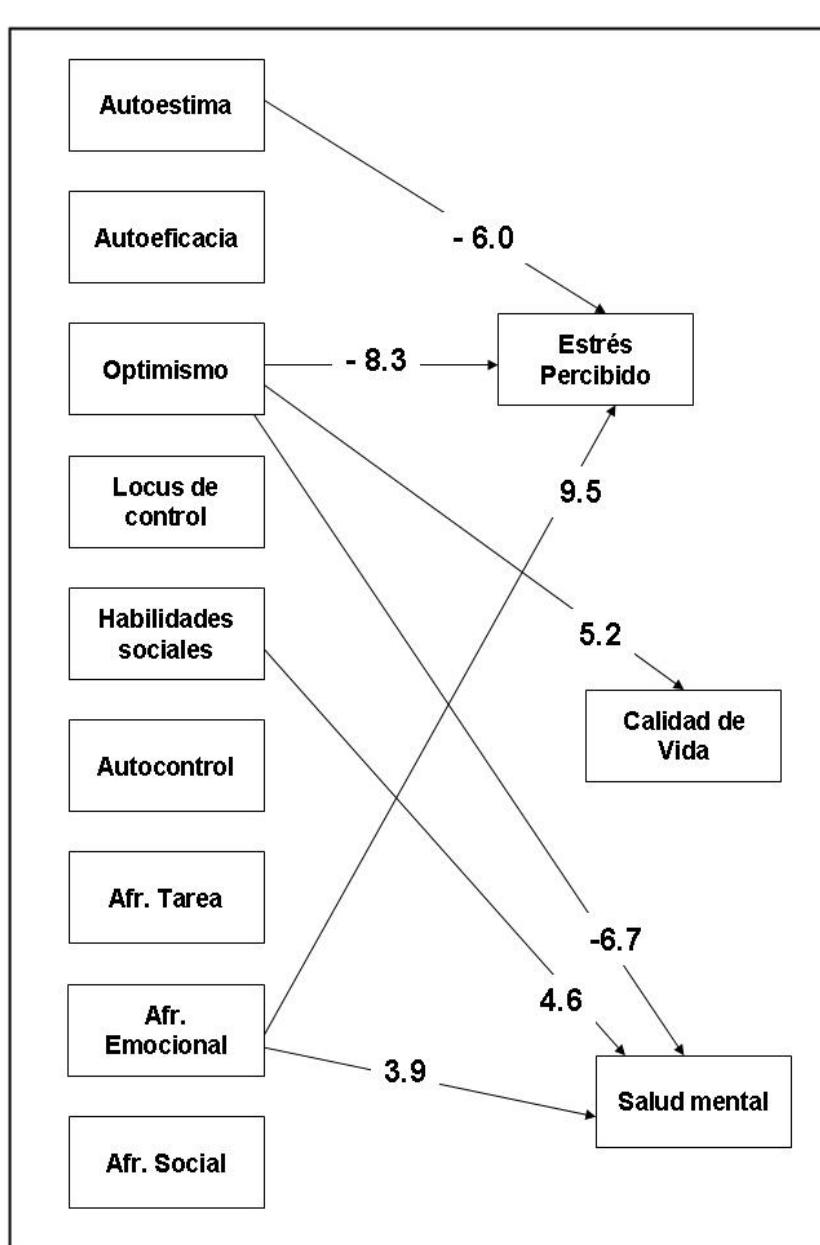


Figura 1. Relación entre las variables (pesos de regresión).

gativas y, en su mayor parte, significativas con las variables estudiadas. Los resultados son muy similares cuando se efectúa el análisis correlacional por sexos. En

la Figura 1 se muestran las relaciones predictivas entre las escalas del VIP y el resto de autoinformes.

## Discusión

El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre las características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). Por ello, es preciso contar con instrumentos de evaluación fiables y válidos que permitan delimitar las características personales, fortalezas y debilidades, de las personas que van a realizar un tratamiento.

El VIP fue concebido como un instrumento que permitiera la evaluación de ciertas variables críticas en la estructura de personalidad de las personas con conductas adictivas. Su ventaja es que con una sola administración pueden evaluarse hasta nueve de estas variables, desde la autoestima hasta los estilos de afrontamiento del estrés.

La estructura de nueve escalas ha sido confirmada mediante análisis factorial confirmatorio, resultando satisfactorios todos los indicadores de bondad de ajuste. Es posible que la agrupación de lagunas escalas proporcionara soluciones más parsimoniosas, en la medida en que algunos constructos, medidos en diferentes escalas, se encuentran conceptualmente muy próximos. Por ejemplo, la autoeficacia percibida parece un prerequisito para el afrontamiento de las dificultades orientado a su resolución. Sin embargo, parece de interés para la clínica distinguir entre ambas variables, en la medida en que pueden ser trabajadas de maneras diferentes, aunque complementarias. El uso del VIP permite el diseño de un menú personalizado de intervenciones psicoterapéuticas sobre aspectos básicos relacionados con la conducta adictiva.

Todas las escalas se han mostrado consistentes salvo la de locus de control, compuesta sólo de 3 ítems. Conservar esta escala puede ser importante porque nos informa de las creencias que guían al sujeto al solicitar tratamiento. El modelo de enfermedad de la adicción ha favorecido que muchas personas crean tener una patología en cuya solución tienen un mínimo papel.

Esperarían, pues, que fuera la intervención externa la que resolviera sus problemas, lo que no sólo tiene poca relación con la realidad, sino que es uno de los principales factores de recaída y abandono del tratamiento (Miller, Westerberg, Harris y Tonigan, 1996). Es preciso conocer el sistema de creencias y modificarlo en dirección a una participación activa del sujeto en el proceso de cambio.

Cuando se observan las puntuaciones obtenidas por los participantes y se comparan con las obtenidas en la muestra inicial de validación. La diferencia crucial entre ambos estudios estriba en que en aquella ocasión el VIP fue administrado a sujetos que se encontraban en muy diversas fases de tratamiento, mientras que en el presente estudio la muestra ha estado compuesta sólo por personas que iniciaban su tratamiento. Es conocido que los síntomas de malestar psicológico son máximos en el inicio del tratamiento, siendo, en realidad, la principal motivación para solicitarlo (Pedrero Pérez, Puerta García, Segura López y Osorio del Río, 2004). Este malestar, provocado por las consecuencias del consumo (estrés psicosocial, restricción estimular, efectos de las sustancias), tiende a desaparecer en los meses siguientes, incluso en el caso de las supuestas patologías estables, como el caso de los trastornos de la personalidad (Pedrero-Pérez, López-Durán y Olivarrí-Arroyo, 2011). Diseñar programas individualizados puede acelerar esta desaparición y mejorar los resultados del tratamiento.

La comparación según la droga principal aporta sutiles diferencias, que se hacen más acentuadas en el caso de consumidores de alcohol. Los consumidores problemáticos de esta sustancia tardan más en solicitar tratamiento, presentan mayor edad al hacerlo, su consumo es más fácilmente aceptado por su entorno y con frecuencia presentan mayor deterioro debido, entre otras causas, a déficits en la alimentación (Pfefferbaum, Adalsteinsson y Sullivan, 2006). Las mujeres obtienen peores puntuaciones, como suele ser normal en casi todos los autoinformes de salud física y mental, sin que exista certeza de que ello se debe a problemas biológicos (e.g., hormonales), psicológicos (e.g., historial de aprendizaje diferencial) o de otra índole (Kramer, Krueger y Hicks, 2008). En todo caso, se

requieren baremos diferenciados para hombres y mujeres en la correcta interpretación de ésta y otras pruebas.

La importancia de estas variables queda firmemente sustentada en el hecho de que estas variables muestran correlaciones de gran magnitud con otras referidas a la calidad de vida y el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Cuando se estudia la capacidad predictiva de las escalas del VIP sobre estar variables externas llama la atención que la que presenta valores más elevados en todos los casos es el optimismo. No está clara la naturaleza de esta variable, que para unos es un sesgo cognitivo, para otros, una actitud disposicional o una creencia y para otros se trata de un juicio probabilístico sobre la ocurrencia de acontecimientos positivos y negativos en el futuro. Resultados metaanalíticos encuentran que los optimistas son más capaces de adaptar sus estrategias de afrontamiento a las necesidades impuestas por el estresor, obteniendo mejores resultados (Nes y Segerstrom, 2006) y es un potente predictor de buenos resultados de salud (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009). Probablemente esta sea la variable menos estudiada en el campo de la adicción, aunque puede estar relacionada con otras bien conocidas, como la resiliencia. La otra variable con gran capacidad predictiva es el afrontamiento centrado en la emoción, que se relaciona con altos niveles de estrés percibido, reflejando, probablemente, su inadecuación para la resolución de conflictos.

El presente trabajo presenta limitaciones. Por una parte, el muestreo consecutivo no proporciona resultados que puedan generalizarse. Sin embargo, el objetivo de este trabajo no era el establecimiento de baremos, sino el estudio psicométrico de un cuestionario. En este sentido, se exige un mínimo de 10 sujetos por ítem, algo que se ha superado ampliamente en este trabajo, alcanzando una relación de 15/1, por lo que el estudio factorial debe considerarse adecuado y sus resultados estables. En segundo lugar, de las muestras que han cumplimentado algunos cuestionarios complementarios son excesivamente pequeñas, lo que sugiere estudios con muestras más amplias para dar

valor a los resultados obtenidos. Finalmente, se carece de estudios en poblaciones no clínicas que permitan obtener baremos e interpretar adecuadamente los alcanzados por la muestra clínica en tratamiento por adicción.

En definitiva, el VIP parece ser una herramienta útil en la evaluación psicológica, en la medida en que proporciona, en una sola administración, datos sobre un buen número de variables psicológicas críticas relacionadas con la adquisición, el mantenimiento y el abandono de la adicción. Su uso puede permitir el diseño individualizado de programas de tratamiento enfocados a las variables más relacionadas con la salud física y mental de quienes inician un tratamiento y puede ser utilizada como medida de cambio tras el tratamiento. Esta prueba ha mostrado adecuada validez de constructo, fiabilidad en sus escalas y validez predictiva sobre indicadores de salud. Es, por otra parte, una prueba gratuita, de libre disposición para los clínicos y fácil corrección e interpretación.

## Referencias

- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.  
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Becerra Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. T. (Eds.). (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas sociodrogalcoholes basadas en la evidencia científica*. Barcelona, España: Socodrogalcoholes.
- Beardslee, W. R., Chien, P. L. y Bell, C. C. (2014). Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. *Psychiatric Services*, 62(3), 247-254  
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.62.3.247>.
- Calderón, D. (2008). *Programa para mejorar las habilidades psicosociales con técnicas creativas. Intervención para jóvenes en tratamiento por drogadicción* (Tesis Doctoral). Recuperado de [https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/234/Dr.\\_Calderon\\_Diana.pdf?sequence=1](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/234/Dr._Calderon_Diana.pdf?sequence=1).
- Carreras, A., Almendros, C. y Carrobles, J. A. (2015). Variables predictoras del tratamiento de retirada de metadona en pacientes ambulatorios [Predictors of Methadone Reduction in Outpatients]. *Psicología Conductual*, 23(1), 85-106.
- Chicharro Romero, J., Pedrero Pérez, E. J. y Pérez López, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictor de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-151. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/312>
- Cohen, J. (1973). Eta-squared and Partial Eta-Squared in fixed factor ANOVA Designs. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 107-112.  
<http://dx.doi.org/10.1177/001316447303300111>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>a</sup> Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corbin, W. R., Farmer, N. M. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Relations Among Stress, Coping Strategies, Coping Motives, Alcohol Consumption, and Related Problems: A Mediated Moderation Model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>
- Cortés, M. T., Espejo, B., Dolz, L., Giménez, J. A. y Belda, L. (2009). *Desarrollo de un programa de prevención selectiva dirigido a jóvenes menores de 25 años sancionados por tenencia-consumo de drogas en la vía pública. Programa Mira'T*. Valencia, España: Universitat de València.
- De Ena de la Cuesta, S. y Pedrero Pérez, E. J. (2004). Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales ¿se justifican tratamientos diferentes? *Libro de Ponencias y Comunicaciones. Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Género y Adicciones* (pp. 209-223). Chiclana de la Frontera, España: Diputación de Cádiz.
- De Ridder, D. T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M. y Baumeister, R. F. (2012). Taking Stock of Self-Control. A Meta-Analysis of How Trait Self-Control Relates to a Wide Range of Behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76-99.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Croudace, T. y Štochl, J. (2012). Who do you Think is in Control in Addiction? A Pilot Study on Drug-Related Locus of

- Control Beliefs. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 11(4), 173-223. <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e31823da151>
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The Psychological Science of Addiction. *Addiction*, 102(3), 352-361. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01706.x>
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Kadden, R. M. y Litt, M. D. (2011). The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Kramer, M. D., Krueger, R. F. y Hicks, B. M. (2008). The Role of Internalizing and Externalizing Liability Factors in Accounting for Gender Differences in the Prevalence of Common Psychopathological Syndromes. *Psychological Medicine*, 38, 51-61. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707001572>
- Lizán L. y Reig A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA [Cross-cultural Adaptation of a Health-Related Quality of Life Measurement: The SPANISH VERSION of the COOP/WONCA Cartoons]. *Atención Primaria*, 24, 75-82.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of Multivariate Skewness and Kurtosis with Applications. *Biometrika*, 57, 519-530. <http://dx.doi.org/10.2307/2334770>
- McDonald, R. P. (1999). *Test Theory: A Unified Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad [Variables of Clinical Interest in the Cognitive Behavioral Treatment of Cocaine Addiction: The Specificity of Personality Disorders]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 115-123. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15166>
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J. y Tonigan, J. S. (1996). What Predicts Relapse? Prospective Testing of Antecedent Models. *Addiction*, 91(Suppl.1), S155-S172. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.7.x>
- Nes, L. S. y Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3)
- Pedrero Pérez, E. J. (2006). TCI-140: propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento [TCI-140: Psychometric Properties, Relation with TCI-R, and Personality Variables. Studying a Sample of Addicts in Treatment]. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 155-167. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(06\)75116-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(06)75116-9)
- Pedrero Pérez, E. J. (2007). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II [The Model of Five Factors and Dimensional Structure of Personality Disorders: Study of a Sample of Substance Addicts with BFQ and MCMI-II]. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 116-125. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75637-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75637-4)
- Pedrero Pérez, E. J. (2008a). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 6(1), 9-54.

- Pedrero Pérez, E. J. (2008b). El tratamiento de la dependencia de la cocaína «guiado por la personalidad» [Personality Guided Treatment for Cocainedependence]. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 226-241. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)76372-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(08)76372-4)
- Pedrero Pérez, E. J. (2010). Detección de adicciones comportamentales en adictos a sustancias en tratamiento [Screening of Behavioral Addictions in Substance-Addicted Patient]. *Trastornos Adictivos*, 12(1), 13-18. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(10\)70005-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(10)70005-2)
- Pedrero-Pérez, E. J. y Díaz-Olalla, J. M. (2014). COOP/WONCA: fiabilidad y validez de la prueba administrada telefónicamente [COOP/WONCA: Reliability and Validity of the Test Administered by Telephone]. *Atención Primaria*, avance online. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.010>
- Pedrero Pérez, E. J., López-Durán, A. y Olivar Arroyo, A. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias [Negativistic Personality Disorder Related with Substance Abuse]. *Trastornos Adictivos*, 8(1), 22-41. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(06\)75104-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(06)75104-2)
- Pedrero-Pérez, E. J., López-Durán, A. y Olivar-Arroyo, A. (2011). Addiction: Frontal Personality Change but not Personality Disorder Comorbidity. Implications for Treatment of Addictive Disorders. En M. E. Jordan (Ed.), *Personality Traits: Theory, Testing and Influences* (pp. 1-36). New York: Nova Science Publishers.
- Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, Á. y Chicharro Romero, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercibida en pacientes drogodependientes [CAD-4 Questionnaire: A Biopsychosocial Measure of Self-Perceived Quality of Life in Drug Addicts in Treatment]. *Trastornos Adictivos*, 10(1), 17-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74543-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74543-4)
- Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, Á. y Puerta García, C. (2007). El carácter como predictor de trastornos de la personalidad en adictos: la tipología caracterial de Cloninger y su abordaje psicosocial. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 342-369.
- Pedrero Pérez, E. J., Pérez López, M., De Ena de la Cuesta, S y Garrido Caballero, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas “guiado por la personalidad” [Validation of the Psychosocial Interaction Variables Questionnaire: Towards a «Personality Guided Therapy» Model of Addiction Treatment]. *Trastornos Adictivos*, 7(3), 166-186. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74523-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74523-2)
- Pedrero Pérez, E. J., Puerta García, C., Segura López, I. S. y Osorio del Río, S. O. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento [Evolution of Psychopathologic Symptoms of Drug Dependents Throughout the Treatment]. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 176-191.
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G. y Puerta García, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(4), 256-270.
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G. y Puerta García, C. (2009). Valores sociales y adicción a la cocaína: diferencias entre adictos en tratamiento y población no clínica [Validation of the Psychosocial Interaction Variables Questionnaire: Towards a «Personality Guided Therapy» Model of Addiction Treatment]. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(2), 167-185. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74523-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74523-2)
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. Lozoya-Delgado, M. P., Rojo-Mota1, G., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2015). La “Escala de Estrés Percibido”: Estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en

- tratamiento. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(2), 305-324.
- Pfefferbaum, A., Adalsteinsson, E. y Sullivan, E. V. (2006). Supratentorial Profile of white Matter Microstructural Integrity in Recovering Alcoholic Men and Women. *Biological Psychiatry*, 59(4), 364-372.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.06.025>
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. y Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-Analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>
- Remor, E. A. y Carrobles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, External Validity and Factor Structure in the Spanish Population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- Sariyska, R., Reuter, M., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y. F., ... y Montag, C. (2014). Self-esteem, Personality and Internet Addiction: A Cross-Cultural Comparison Study. *Personality and Individual Differences*, 61, 28-33.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.001>
- Serrano-Gallardo, P., Lizán-Tudela, L., Díaz-Olalla, J. M. y Otero, A. (2009). Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana [Reference Population Values of the Spanish Version of the COOP/WONCA Charts of Quality of Life in an Urban Adult Population]. *Medicina Clínica*, 132, 336-343.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2008.04.009>
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M. y THE WHOQOL Group. (2004). Developing Methods for Assessing Quality of Life in Different Cultural Settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0700-5>



## PUBLICIDAD

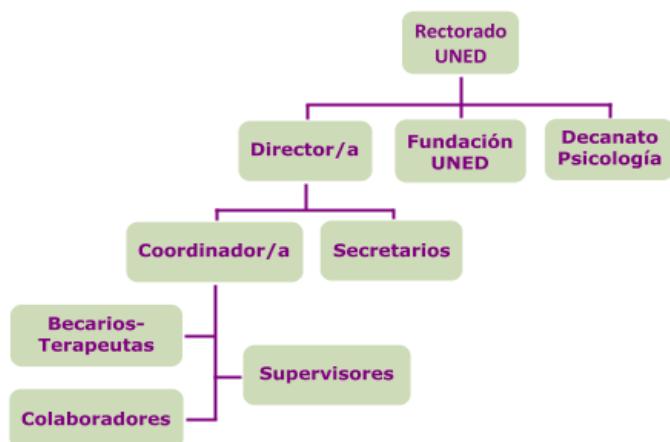
### ¿Qué es el SPA?

El Servicio de Psicología Aplicada (SPA) es un servicio de atención psicológica dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).



### Organigrama

EL equipo del SPA está constituido por un coordinador, dos administrativos, ocho terapeutas y un número variable de supervisores y colaboradores que oscila entre los 15 y 20. La organización del servicio es la siguiente:



---

Director: Dr. José Luis Martorell Ypiéns  
Coordinador: Dr. Miguel Ángel Carrasco Ortiz

---

## Petición de citas

Para ponerse en contacto con el SPA, puede utilizar los siguientes medios:



91 398 79 52



spa@psi.uned.es



## PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL USO VERSUS ABUSO DEL TELÉFONO MÓVIL

## RELATION PERSONALITY TO MOBILE PHONE USE AND ABUSE

M<sup>a</sup> ANGUSTIAS OLIVENCIA-CARRIÓN<sup>1</sup>,  
M<sup>a</sup> NIEVES PÉREZ-MARFIL<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> BELÉN RAMOS-REVELLES<sup>1</sup> Y  
FRANCISCA LÓPEZ-TORRECILLAS<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Olivencia-Carrión, M. A., Pérez-Marfil, M. N., Ramos-Revelles, M. B., López-Torrecillas, F. (2016). Personalidad y su relación con el uso versus abuso del teléfono móvil [Relation personality to mobile phone use and abuse]. *Acción Psicológica*, 13(1), 109-118. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17427>

### Resumen

Las investigaciones realizadas han confirmado que el uso excesivo del teléfono móvil genera efectos perjudiciales en la salud y en las relaciones sociales. El objetivo del presente estudio es analizar las variables de personalidad asociadas al uso versus abuso del teléfono móvil. Ciento sesenta y cinco participantes fueron divididos en tres grupos en función del tiempo de uso diario del teléfono móvil, el Grupo 1 usaba el teléfono móvil menos de una hora al día, el Grupo 2 usaba el teléfono móvil menos de dos horas al día, y el Grupo 3 usaba el teléfono móvil más de cuatro horas al día. Los resultados mostraron que el Grupo 3 presentaba puntuaciones bajas en Estabilidad, Atención a las Normas, Perfeccionismo y Autocontrol y

puntuaciones altas en Animación y Extraversión y el Grupo 2 presentaba puntuaciones altas en Extraversión y Ansiedad. Se resalta la implicación de la personalidad en la adicción al móvil.

**Palabras clave:** adicción; teléfono móvil; personalidad; tecnologías de información y comunicación (TIC).

### Abstract

Research has confirmed that excessive use of these devices can cause harmful effects on health and social relations of users. The aim of this study is to analyze the personality variables associated with the use versus abuse of mobile-phone. The sample consisted

**Correspondencia** Francisca López-Torrecillas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Campus Universitario de la Cartuja s/n. Universidad de Granada.

**Email:** fcalopez@ugr.es

<sup>1</sup> Universidad de Granada, España.

Recibido: 20 de octubre de 2015.

Aceptado: 20 de diciembre de 2015.

of a total of 165 participants that were divided into three groups depending on the time of daily mobile phone use, the Group 1 using the mobile phone less than an hour a day, the Group 2 using the mobile phone less than two hours a day, and Group 3 using the mobile phone more than four hours a day. The results showed that Group 3 had low scores on Stability, Attention to the Rules, Perfectionism and Self-control and high scores in Animation and Extraversion and Group 2 had higher scores on Extraversion and Anxiety. This study demonstrated the involvement of personality in addiction mobile-phone.

**Keywords:** addiction; mobile-phone; personality; information and communication technologies (ITC).

## Introducción

El teléfono móvil se ha convertido en un componente más de los elementos esenciales que forman parte de la vida cotidiana e íntima (comunicación, juego, fotografía, participación en redes sociales, descarga y escucha de música, visualización de películas y telefilmes, apuestas online, radio, noticias, etc.). Pocos elementos a lo largo de la historia han resultado ser tan importantes en el día a día del ser humano, pueden ser determinantes en la identidad del individuo y tan esenciales, que pueden crear relaciones de dependencia y apego emocional. Además, pueden estar provocando numerosos casos de dependencia en personas que obtienen, de estas herramientas, un refugio que las aleja de sus problemas emocionales o familiares. Se trata de conductas repetitivas que resultan placenteras en las primeras fases, pero que después no pueden ser controladas por el individuo. Nunca antes un aparato tecnológico se había convertido en un aspecto tan importante en la vida diaria de las personas (Chóliz, 2012; Srivastava, 2005).

El uso problemático del teléfono móvil y sus repercusiones psicológicas ha sido un foco de interés en la literatura científica, donde los criterios diagnósticos para las adicciones comportamentales se han discutido

ampliamente. En el caso del uso de los teléfonos móviles, las razones que han llevado a considerarlo como una conducta adictiva se refieren principalmente al tiempo y a la atención empleada por los usuarios en sustitución de otras conductas o actividades, con la consiguiente pérdida de control (Bononato, 2005; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008; Srivastava, 2005; Viñas y González, 2010). Labrador y Villadangos (2010) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la percepción subjetiva de peligro derivada del uso de las Nuevas Tecnologías (NT) en 1710 adolescentes de 12 a 17 años de la Comunidad de Madrid. Para evaluar la adicción a las NT se utilizó el Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones (DENA), diseñado para este estudio. Se encontró una correlación positiva entre el tiempo de uso y la percepción del problema y que la edad correlacionaba positivamente con esta percepción. Se constató que las NT generan conductas similares a las consideradas características en las adicciones (como por ejemplo el uso del teléfono móvil). Los autores evidencian la relajación producida por el uso del teléfono móvil y/o el malestar si no puede utilizarse. Observaron también que los usuarios que abusan del teléfono móvil están de manera constante casi obsesiva comprobando el teléfono. Los adolescentes son los usuarios más vulnerables puesto que aún no tienen un control completo de sus impulsos, son más fácilmente influenciables por campañas publicitarias y comerciales y han aceptado el teléfono móvil como un símbolo de estatus, provocando sentimientos negativos y problemas de autoestima cuando no tienen teléfono móvil o que no reciben tantos sms o llamadas como sus compañeros (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005). Diversos estudios (Bianchi y Phillips, 2005; Chóliz, 2012; Hong, Chiu y Huang, 2012; Ishfaq, Tehmina y Khadija, 2011; Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo, 2007; Leung, 2007; Turner, Love y Howell, 2008) han puesto de manifiesto que ciertas características de personalidad aumentan la vulnerabilidad psicológica para el desarrollo de una conducta adictiva. Específicamente, Bianchi y Phillips (2005) llevaron a cabo un estudio con 194 participantes (132 mujeres y 62 varones), con edades entre 18 y 85 años, cuyo objetivo fue relacionar el uso versus abuso del teléfono móvil con la personalidad. Para evaluar dicha relación se utilizó la Escala de Potencial de

Adicción. (APS; Weed, Butcher, McKenna, 1992), el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (1989), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ; H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck, 1991) y la Escala de Uso Problemático del Móvil (MPPUS; Bianchi y Phillips, 2005), desarrollada para esta investigación. Los resultados mostraron que la extraversion y la autoestima explicaban tanto el uso general, como el uso problemático (evaluado por el tiempo que el usuario dedica al uso del teléfono móvil). Puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en autoestima están relacionadas con el uso problemático del teléfono móvil. Inesperadamente, el neuroticismo no se relacionó con el tiempo autoinformado dedicado al uso del teléfono móvil, ni con el uso problemático. En la misma línea, Leung (2007) analizó las variables de personalidad para predecir el comportamiento adictivo en el uso del teléfono móvil. Los participantes fueron 624 jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 28 años que respondieron a una entrevista telefónica de 27 ítems desarrollada a partir de dos escalas de Adicción al Móvil, una de Bianchi y Phillips (2005) y la otra de Young (1996). Se encontró que la adicción al teléfono móvil estaba inversamente relacionada con la autoestima y directamente relacionados con la búsqueda de sensaciones y el aburrimiento. Se señala también que las características más comunes en los patrones de uso del teléfono móvil son los mensajes de texto, el entretenimiento y la búsqueda de información. El estudio de Jenaro et al. (2007) evalúa el abuso de Internet y del teléfono móvil en una muestra de 337 estudiantes universitarios. En el estudio se desarrollan dos medidas, la primera es la Escala de Abuso de Internet (IOS) y la segunda es la Escala de Abuso del teléfono móvil (CDS). Otras medidas utilizadas fueron el Inventory de Ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1993a), el Inventory de Depresión de Beck (Beck y Steer, 1993b) y el Cuestionario General de Salud-28 de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Hallaron que el abuso de Internet estaba asociado con altos niveles de ansiedad y que el abuso del teléfono móvil estaba asociado con altos niveles de ansiedad e insomnio; encontraron también diferencias de sexo, las mujeres abusaban más del teléfono móvil que los hombres. Siguiendo en la misma dirección, Turner et al. (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar cómo las características de personalidad de los individuos que se relacionan con el uso versus abuso de la tele-

fonía móvil. La muestra incluyó a 184 estudiantes universitarios (58 hombres y 126 mujeres) con una edad entre 17 y 43 años. Se utilizó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark, Tellegen, 1988), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R; Francis, Brown, Philipchalk, 1992) y el Cuestionario de Actitudes Generales del uso de Teléfono Móvil (Howell, Love y Turner, 2005). Se encontró una relación entre psicoticismo e inhibición reducida sobre el uso del teléfono móvil en los contextos sociales y que el neuroticismo y la extraversion influyan en el abuso del teléfono móvil; la extraversion se relacionó con una mayor frecuencia de uso del teléfono móvil pero no con habilidades como facilidad de uso social o de confort al realizar y recibir llamadas en lugares públicos. En el estudio de Ishfaq et al. (2011) se analizaron los patrones de comportamiento adictivos de uso del teléfono móvil (a través de una entrevista diseñada para este estudio) en una muestra de 400 estudiantes (38.2 % hombres) de edades comprendidas entre 18 y 26 años. Encontraron que el 62.7 % de la muestra analizada fracasaba en sus esfuerzos por reducir el uso del teléfono móvil, el 27.8 % preferían el contacto del teléfono móvil y evitaban el contacto cara a cara con sus amigos, el 36.8 % afirmaron que los demás se quejaban acerca de su uso excesivo, el 31.1 % sufrió una disminución en su productividad debido al uso del teléfono móvil. Concluyeron que la mayoría de los jóvenes utilizaban el teléfono móvil como estrategia de afrontamiento de estados emocionales negativos tales como aburrimiento o disforia. El estudio de Chóliz (2012) tuvo como objetivo analizar las características de personalidad que aumentan la vulnerabilidad para el desarrollo de adicciones psicológicas; para ello desarrolló un cuestionario basándose en los criterios de dependencia de los trastornos adictivos del DSM-IV-TR (APA, 2011) cuyo fin fue diagnosticar la adicción al teléfono móvil en función de la abstinencia, falta de control, tolerancia e interferencia con otras actividades. Encontraron una relación directa entre el grado de dependencia, bajas puntuaciones de control de los impulsos y de autoestima y altas puntuaciones de búsqueda de sensaciones. Además el teléfono móvil se usaba como estrategia de afrontamiento para evitar los estados de ánimo desagradables. Hong et al. (2012) con una muestra de 269 estudiantes universitarias (mujeres) analizaron la relación entre la personalidad y el uso adictivo del teléfono móvil.

Utilizaron la Escala de Medición para el Comportamiento de Uso del Teléfono Móvil (Walsh, White, Cox y Young, 2011), la Escala de Adicción al Teléfono Móvil (MPAS; Young, 1998), la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) y Escala de Personalidad de Lai y Lai (2003). Los resultados indicaron que la extraversion y la ansiedad predicen, de manera positiva, la adicción al teléfono móvil y que la autoestima predice, en sentido inverso, la adicción al teléfono móvil. Otras variables tales como los problemas para el manejo del tiempo y las dificultades académicas están relacionadas con dicho comportamiento adictivo.

En consonancia con lo anterior, el objetivo de este estudio fue examinar los patrones del uso y/o abuso de comportamientos susceptibles o indicadores de una adicción como el uso del teléfono móvil en función de la personalidad de los estudiantes universitarios de Granada.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 165 estudiantes de Psicología de la Universidad de Granada, con edades comprendidas entre los 18 y los 21 años (media 21.6 y desviación típica 2.96. De ellos, 16 % eran hombres y 84 % eran mujeres. Los participantes fueron divididos en tres grupos en función del uso diario del teléfono móvil (de acuerdo con el cuestionario de Historia de Uso del Tiempo Libre). El Grupo 1 ( $n = 83$ ) compuesto por los participantes que usaban el teléfono móvil menos de media hora; el Grupo 2 ( $n = 45$ ) compuesto por los participantes que usaban el teléfono móvil como má-

ximo dos horas al día y el Grupo 3 ( $n = 37$ ) compuesto por los participantes que usaban el teléfono móvil más de cuatro horas al día. En la Tabla 1 pueden verse las características socio-demográficas de los grupos.

### Instrumentos de evaluación

*Historia del Uso del Tiempo Libre HUTL* (diseñado para este estudio). Es un cuestionario diseñado para explorar el uso del tiempo libre, así como los posibles problemas asociados a las adicciones psicológicas, en jóvenes. Está formado por dos partes diferenciadas. La primera hace referencia a las actividades realizadas en el tiempo libre (*Teléfono móvil, Internet, Ir de Compras, Hacer ejercicio físico, Leer, Alquilar videos para verlos en casa, Jugar a la video consola, Viajar, Ir a conciertos, Ir al teatro, Escribir, Pasear con los amigos*) y el sujeto tiene que señalar su frecuencia en la actividad en una escala tipo Likert de 0 a 7 (0 = Nunca la he realizado; 1 = Sólo la realizó varias veces al año; 2 = Varias veces al mes; 3 = Varias veces a la semana; 4 = Solo los fines de semana; 5 = Diariamente pero no sabe cuánto tiempo; 6 = Máximo dos horas al día; 7 = Más de cuatro horas al día). La segunda parte del cuestionario evalúa las consecuencias psicológicas, sociales y familiares del abuso del teléfono móvil. Está formada por 13 ítems con 4 ó 7 alternativas de respuesta en los que el sujeto ha de elegir la opción que más le describe.

*Cuestionario Factorial de Personalidad* (16-PF-5; R. B. Cattell, A. K. S. Cattell y H. E. P. Cattell, 2005). Consta de 185 ítems con tres alternativas de respuesta (dos extremos y una alternativa intermedia señalada siempre con un interrogante?). Evalúa un espectro amplio de personalidad para mayores de 16 años y que tiene

Tabla 1

Características Sociodemográficas

	GRUPOS		
	G1 (1/2 hora) Media (DT)	G2 (< 2 horas) Media (DT)	G3 (> 4 horas) Media (DT)
<b>Edad</b>	22.49 (2.5)	20.48(2.91)	20.91(3.36)
<b>Sexo</b>	n	n	n
Hombre	23	2	1
Mujer	60	43	36

como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de primer orden (o escalas primarias de personalidad) y cinco dimensiones globales de personalidad (antes factores de segundo orden). Los dieciséis rasgos primarios son *Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad, Dominancia, Animación, Atención a las normas, Atrevimiento, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprendición, Apertura al cambio, Autosuficiencia, Perfeccionismo y Tensión*. Las cinco dimensiones globales de personalidad son *Extraversión, Ansiedad, Dureza, Independencia y Autocontrol*. La comprensión de los constructos se facilita mediante una descripción a través de adjetivos de los polos o decatípos altos (+) o bajos (-). Incluye además tres medidas para evaluar estilos de respuesta para controlar los sesgos en las respuestas *Manipulación de la imagen, Infrecuencia y Aquiescencia*. La aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de entre 40 y 45 minutos. De acuerdo con Aluja y Blanch (2003), esta quinta edición del 16-PF presenta buenas propiedades psicométricas, ha mejorado sensiblemente su validez y fiabilidad respecto a versiones anteriores. Se encuentra publicado en TEA Ediciones.

### Procedimiento

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo de forma colectiva, en grupos de 65-70 estudiantes de Psicología de la Personalidad (1<sup>er</sup> curso) en la Facultad de Psicología (Universidad de Granada), durante el horario de prácticas en un tiempo de una hora. El estudio fue presentado a los participantes como una investigación sobre las diversas características de la personalidad y uso del tiempo libre, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas, así como el carácter voluntario de su participación. Los participantes proporcionaron consentimiento informado y la administración de las pruebas se realizó bajo la supervisión de una investigadora que aclaraba las dudas y enfatizaba la importancia de no dejar ninguna pregunta sin contestar. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Granada. Los análisis estadísticos de este estudio han sido realizados a través del paquete estadístico SPSS en su versión 20 en castellano.

### Resultados

Para comprobar las hipótesis, se realizó un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA), para un diseño factorial, utilizando las variables Grupo [G1 (uso diario menos de media hora), G2 (uso máximo dos horas diarias), G3 (uso más de cuatro horas diarias)] como variable independiente y las variables derivadas del Cuestionario Factorial de Personalidad de Cattell (16-PF-5) como variables dependientes. Los resultados indicaron que había diferencias significativas entre los grupos (Wilks' Lambda = 0.000,  $F_{24,139} = 12804.338, p = .000$ ) en las variables de personalidad. El análisis multivariado de la varianza para cada variable dependiente, mostró que había diferencias estadísticamente significativas en Estabilidad ( $F_{2,162} = 3.411, Mce = 1.744, p = .035$ ); Animación ( $F_{2,162} = 7.779, Mce = 3.213, p = .001$ ); Atención a las Normas ( $F_{2,162} = 3.362, Mce = 2.171, p = .037$ ); Sensibilidad ( $F_{2,162} = 3.268, Mce = .369, p = .041$ ), Autosuficiencia ( $F_{2,162} = 3.568, Mce = 1.848, p = .030$ ); Perfeccionismo ( $F_{2,162} = 6.495, Mce = 2.213, p = .002$ ); Tensión ( $F_{2,162} = 3.963, Mce = 1.663, p = .021$ ); Infrecuencia ( $F_{2,162} = 6.921, Mce = 2.873, p = .001$ ); Extraversión ( $F_{2,162} = 7.173, Mce = 2.612, p = .001$ ); Ansiedad ( $F_{2,162} = 6.154, Mce = 3.614, p = .003$ ) y Autocontrol ( $F_{2,162} = 8.322, Mce = 3.452, p = .000$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables *Afabilidad, Razonamiento, Dominancia, Atrevimiento, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprendición, Apertura al Cambio, Aquiescencia, Dureza e Independencia*. En la Tabla 2 se puede observar las medias, desviaciones típicas, significación.

Los resultados de las pruebas de contraste "post hoc" de comparaciones múltiples entre los tres grupos (*Tukey*) pueden verse en la Tabla 2, donde se presentan los datos de comparación de los participantes para cada de personalidad que resultó ser significativa. Encontramos que el Grupo 3 presentaba las puntuaciones más bajas en Estabilidad en comparación con el Grupo 1. En Animación encontramos que el Grupo 3 presentaba puntuaciones más altas que el Grupo 1, a su vez, el Grupo 2 presentaba también las puntuaciones más altas que el Grupo 1. En Atención a las Normas el Grupo 3 presentaba puntuaciones más bajas que el Grupo 1. En Sensibilidad se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el

Grupo 2 y Grupo 1 siendo las puntuaciones altas para el Grupo 2. En Autosuficiencia las diferencias se encontraron entre los grupos 2 y 1, siendo las puntuaciones más bajas para el Grupo 2. En Perfeccionismo diferencias se encuentran entre los tres grupos, el Grupo 3 presenta puntuaciones más bajas que el grupo 1 y 2. En Tensión hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo 2 y Grupo 1 siendo las puntuaciones más altas para el Grupo 2. En Infrecuencia encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los Grupo 3 y 2 siendo las puntuaciones más altas para el Grupo 3. En Extraversión y Ansiedad las diferencias se encuentran entre los Grupo 2 y 1 siendo las puntuaciones más altas

para el Grupo 2 y por último, en Autocontrol encontramos diferencias entre los tres grupos siendo las puntuaciones más bajas en el Grupo 3 y las más altas para el Grupo 2.

## Discusión y Conclusiones

El progreso social y el avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) promueven nuevos patrones de comportamientos susceptibles de promover dependencia, como es el abuso del teléfono

Tabla 2

*Medias, desviaciones típicas y significación de las variables relacionadas con la personalidad (16 PF-5)*

FACTORES PERSONALIDAD (16-PF)	GRUPOS			<i>F</i>	p-Tukey
	G1 (1/2 hora) Media (DT)	G2 (<2 horas) Media (DT)	G3 (> 4 horas) Media (DT)		
<b>Afabilidad</b>	6.06 (1.65)	6.53 (1.24)	6.30 (1.51)	1.455	
<b>Razonamiento</b>	5.10 (1.30)	5.31 (1.10)	5.16 (1.24)	0.440	
<b>Estabilidad</b>	<b>4.52 (1.21)</b>	<b>4.27 (1.45)</b>	<b>3.84 (1.38)</b>	<b>3.411*</b>	<b>3 &lt; 1*</b>
<b>Dominancia</b>	4.99 (1.93)	5.27 (1.85)	4.59 (2.02)	1.236	
<b>Animación</b>	<b>5.92 (1.79)</b>	<b>6.71 (1.80)</b>	<b>7.24 (1.79)</b>	<b>7.779**</b>	<b>3 &gt; 1**; 2 &lt; 1*</b>
<b>Atención a Normas</b>	4.23 (1.63)	4.22 (1.48)	3.51 (1.04)	3.362	
<b>Atrevimiento</b>	4.89 (1.42)	5.07 (1.99)	5.41 (1.30)	1.364	
<b>Sensibilidad</b>	<b>6.53 (1.48)</b>	<b>7.20 (1.55)</b>	<b>7.05 (1.65)</b>	<b>3.268*</b>	<b>2 &gt; 1*</b>
<b>Vigilancia</b>	6.51 (1.20)	6.76 (1.35)	6.51 (1.02)	0.686	
<b>Abstracción</b>	6.66 (1.55)	6.84 (1.36)	6.78 (1.60)	0.231	
<b>Privacidad</b>	5.71 (1.83)	5.84 (1.97)	5.57 (1.66)	0.232	
<b>Aprendición</b>	6.53 (1.32)	6.93 (1.40)	6.86 (1.13)	1.707	
<b>Apertura al Cambio</b>	6.23 (1.97)	5.69 (1.65)	6.49 (1.89)	2.035	
<b>Autosuficiencia</b>	<b>6.35 (1.37)</b>	<b>5.69 (1.46)</b>	<b>6.24 (1.21)</b>	<b>3.568*</b>	<b>2 &lt; 1*</b>
<b>Perfeccionismo</b>	<b>4.06 (1.52)</b>	<b>4.04 (1.52)</b>	<b>3.05 (1.35)</b>	<b>6.495**</b>	<b>3 &lt; 1*; 3 &gt; 2**</b>
<b>Tensión</b>	<b>6.58 (1.21)</b>	<b>7.20 (1.39)</b>	<b>7.05 (1.33)</b>	<b>3.963*</b>	<b>2 &gt; 1*</b>
<b>Manipulación de la Imagen</b>	4.80 (1.63)	4.60 (1.56)	4.43 (1.19)	0.776	
<b>Infrecuencia</b>	<b>6.84 (1.84)</b>	<b>6.22 (1.48)</b>	<b>7.62 (1.60)</b>	<b>6.921**</b>	<b>3 &gt; 2**</b>
<b>Aquiescencia</b>	5.92 (1.89)	6.47 (1.42)	5.62 (1.80)	2.540	
<b>Extraversión</b>	<b>5.51 (1.62)</b>	<b>6.60 (1.59)</b>	<b>6.19 (1.65)</b>	<b>7.173**</b>	<b>2 &gt; 1**</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>6.29 (1.86)</b>	<b>7.51 (1.95)</b>	<b>6.54 (1.92)</b>	<b>6.154**</b>	<b>2 &gt; 1**; 3 &gt; 1**</b>
<b>Dureza</b>	5.20 (2.12)	5.98 (1.80)	5.35 (2.15)	2.140	
<b>Independencia</b>	5.31 (1.92)	5.78 (1.06)	5.19 (1.88)	1.134	
<b>Autocontrol</b>	<b>4.34 (1.93)</b>	<b>4.40 (2.07)</b>	<b>2.95 (1.35)</b>	<b>8.322***</b>	<b>3 &lt; 1**; 2 &gt; 3**</b>

Nota. \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .0$

móvil. Conocer y analizar este tipo de comportamientos parece lógico, ya que pueden tener síntomas y consecuencias, al menos en parte, de similares características a las que presentan las personas adictas a alguna sustancia. La población de estudiantes universitarios merece especial atención, pues junto con la adolescencia, son los que presentan mayor sensibilidad a realizar dichas conductas, ya sea por las condiciones en las que viven (fuera del hogar), el escaso control que tienen sobre el dinero, las responsabilidades de la vida diaria, y/o la necesidad que tienen de contactar con los amigos de otros lugares.

El objetivo principal del presente estudio fue analizar las diferencias de personalidad en función del tiempo de uso/abuso del teléfono móvil. Los resultados obtenidos en el presente estudio en las variables del 16PF-5 indican que el Grupo 3 (de abuso del teléfono móvil) caracterizado porque usaba el teléfono móvil más de cuatro horas diarias presentaba puntuaciones bajas en Estabilidad, Atención a las Normas, Perfeccionismo y Autocontrol y puntuaciones altas en Animación y Extraversión. Esto indica que los usuarios que abusan del teléfono móvil son personas afectadas por los sentimientos y que se perturban con facilidad, inconformistas, indulgentes, impulsivos e indiferentes a los fallos y al desorden. Estos resultados se relacionan con los estudios realizados, en esta línea, que indican que el uso del teléfono móvil juega un papel importante en el bienestar subjetivo (Ling, 2005). Aunque, como hemos señalado anteriormente, la investigación no ha sido extensa en la etiología de la adicción a los teléfonos móviles, ya que es un fenómeno nuevo. Los factores psicológicos son quizás, una de las causas más importantes de la adicción al teléfono móvil, si los usuarios piensan que los teléfonos móviles tienen un efecto positivo en sus vidas, tales como mejorar su vida social, pueden ser más propensos a desarrollar una adicción o es bastante probable que abusen del teléfono móvil. En contraste, los usuarios que pueden ver el uso de los teléfonos móviles como una pérdida de tiempo y dinero no desarrollaran una adicción. En este sentido, podemos manifestar que las TIC provocan un híbrido de las funciones cognitivas y estrategias conductuales destinadas a cambiar los comportamientos y las

cogniciones, pues existen algunos usuarios que crean una actitud de adaptación y diseñan estrategias de resolución de problemas para comprender el significado de determinadas situaciones y emociones. El teléfono móvil es utilizado como un cordón umbilical simbólico para conectar los adolescentes con sus padres y además, se ha convertido en una herramienta de la emancipación, esto es, da al adolescente una fuente de interacción que no está mediada por los padres y que desempeña la cohesión social del grupo de pares. Destacar también, que estos resultados son congruentes con el estudio de Ishfaq et al. (2011) que encontró que los jóvenes, en muchos casos, utilizan el teléfono móvil como estrategias de afrontamiento de estados emocionales negativos tales como aburrimiento o disforia. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Choliz (2012) que encuentran una relación directa y estadísticamente significativa entre el grado de dependencia y el malestar emocional cuando no pueden usar el teléfono móvil, así como otros factores como el uso excesivo, problemas con los padres, la dificultad en el control de la utilización y la interferencia con otras actividades.

Con respecto al Grupo 2 (uso del teléfono móvil) encontramos puntuaciones altas en Extraversión y Ansiedad estos resultados son congruentes con otros estudios (Bianchi y Philips, 2005; Ishfaq et al., 2011; Turner et al., 2008) que afirman que el teléfono móvil puede generar modificaciones del estado de ánimo, ansiedad, sentimiento de inseguridad, miedo a salir él, tener que volver a por él si se olvida y/o no ser capaz de hacer nada sin el teléfono móvil.

Por lo tanto, los extrovertidos pueden utilizar sus teléfonos con más frecuencia, pero no necesariamente en situaciones donde pueden ser supervisados por los demás. Si se supone que fisiológica intrínseca la excitación será mayor al realizar conversaciones telefónicas en la presencia física de otros, estos hallazgos parecen consistentes con la explicación de que los extrovertidos son más dependientes de la telefonía móvil para el desarrollo social debido a su probabilidad de tener mayor redes sociales e inconsistente con la opinión de que los extrovertidos utilizan los teléfonos

móviles para crear una mayor activación fisiológica (Bianchi y Phillips, 2005). En este sentido, de acuerdo con los estudios de Hong et al. (2012) se pone de manifiesto que la extraversion se relaciona con una mayor frecuencia de uso del teléfono móvil, puesto que la extraversion predice, de manera positiva, la adicción al teléfono móvil.

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando, con el fin de, identificar a los usuarios que están en riesgo de adicción del teléfono móvil, establecer las variables que predisponen el desarrollo de patología del uso del teléfono móvil y desarrollar estrategias de intervención, prevención e indicaciones para los educadores para reducir el uso adictivo de los teléfonos móviles en los adolescentes y jóvenes universitarios. La investigación futura debería ampliar el alcance de este estudio, comparando los resultados de diferentes grupos de historia de uso del tiempo libre y examinar otras variables dependientes, como el rendimiento académico y las redes sociales como resultado del uso adictivo de la telefonía móvil. Los estudios futuros deberían centrarse, además, en los patrones de adaptación frente a los desadaptativos en el uso del teléfono móvil y ofrecer algunas indicaciones para el uso responsable del móvil en relación con la intervención y con el diseño de estrategias encaminadas a reducir el uso adictivo de los teléfonos móviles de la población. Entre las limitaciones de este estudio encontramos que la recogida de datos se ha llevado a cabo con población universitaria; sin embargo, a pesar de esta situación consideramos que los datos obtenidos son válidos y extrapolables, ya que los universitarios representan una parte bastante amplia de la sociedad juvenil en nuestro país, y son en consecuencia, un alto porcentaje de usuarios de teléfonos móviles. Destacamos también que en nuestra muestra de estudio las mujeres están mayoritariamente representadas, sin embargo esta realidad es consonante con los estudios realizados por Hong et al. (2012) con población femenina y por Jenaro et al. (2007) quienes hallaron que las mujeres abusan más del teléfono móvil que los hombres y finalmente, otra limitación destacada que deriva de este estudio es el impresionante crecimiento de las funciones y aplicaciones tecnológicas de los teléfonos móviles. El uso de Internet por el móvil, o el desarrollo de aplicaciones como WhatsApp, no sólo

modifica el patrón de uso de los teléfonos móviles, pero son algunas de las variables cruciales que también pueden inducir el abuso o la dependencia del teléfono móvil. Esto es particularmente relevante para los adolescentes, debido a la dependencia de los adolescentes en el teléfono móvil es un problema que no sólo es nuevo, sino que también va en aumento. Por tanto, es necesario seguir investigando las condiciones que promuevan esta dependencia, para desarrollar programas de prevención y tratamiento, y para hacer la evaluación disponible y los instrumentos de diagnóstico que permiten una intervención eficaz.

## Referencias

- Aluja, A. y Blanch, A. (2003). Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema*, 15(2), 309-314.
- American Psychiatric Association (2011). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Autor.
- Beck, A. T. y Steer, R. (1993a). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R.A. (1993b). *Beck Depression Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bianchi, A. y Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 39-51. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39>
- Bononato, L. B. (2005). Adicciones y nuevas tecnologías. Proyecto Hombre, *Ciberadicciones*, 55, 17-21.
- Cattell, R. B., Cattell, A. K. S. y Cattell, H. E. P. (2005). *Cuestionario Factorial de Personalidad* (8<sup>a</sup> Ed. Rev.). Madrid, España: TEA.

- Chóliz, M. (2012). Mobile-phone addiction in adolescence: The Test of Mobile Phone Dependence (TMD). *Progress in Health Sciences*, 2, 33-44.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos Retos en el Tratamiento del Juego Patológico. *Terapia Psicológica*, 32, 31-40.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS Adult)*. Londres, UK: Hodder & Stoughton.
- Francis, L. J., Brown, L. B. y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13, 443-449. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90073-X](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(92)90073-X)
- Hong, F., Chiu, S. y Huang, D. (2012). A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. *Computers in Human Behavior*, 28, 2152-2159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2012.06.020>
- Howell, M., Love, S. y Turner, M. (2005). The impact of spatial metaphor and context of use on the usability of a speech-based mobile city guide service. *Behaviour & Information Technology*, 24, 67-78.
- Ishfaq, A., Tehmina, F. Q. y Khadija, A. P. (2011). Mobile Phone to Youngsters: Necessity or Addiction. *Information Management and Business Review*, 2, 229-238. <http://dx.doi.org/10.5897/AJBM11.626>
- Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F. y Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction Research and Theory*, 15, 309-320. <http://dx.doi.org/10.1080/16066350701350247>
- Labrador, F. J. y Villadangos, S. M. (2010). Menores y nuevas tecnologías: Conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.
- Lai, B. Z. y Lai, M. L. (2003). *New Lai's Personality Scale Guide Handbook*. Taipei, China: Chian Hua.
- Leung, L. (2007). Unwillingness-to-communicate and College Students' Motives in SMS Mobile Messaging. *Telematics & Informatics*, 24, 115-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tele.2006.01.002>
- Ling, R. (2005). *Mobile communications vis-à-vis teen emancipation, peer group integration and deviance*. En R. Harper, A. Taylor y L. Palen (Eds.), *Social perspectives on SMS in the mobile age* (pp. 175-189). Londres, UK: Klewer.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- Muñoz-Rivas, M. J. y Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13, 481-493.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22, 301-310.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20, 149-160.
- Srivastava, L. (2005). Mobile phones and the evolution of social behaviour. *Behaviour & Information Technology*, 24, 111-129. <http://dx.doi.org/10.1080/01449290512331321910>

- Turner, M., Love, S. y Howell, M. (2008). Understanding emotions experienced when using a mobile phone in public: The social usability of mobile (cellular) telephones. *Telematics and Informatics*, 25, 201-215.
- Viñas, F. y González, M. (2010). Amenazas a través de la telefonía móvil e internet: perfil psicológico y consecuencias emocionales [Threats through mobile phones and internet: psychological profile and emotional consequences]. *Acción Psicológica*, 7(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.7.1.205>
- Walsh, S. P., White, K. M., Cox, S. y Young, R. M. (2011). Keeping in constant touch: The predictors of young Australians' mobile phone involvement. *Computers in Human Behavior*, 27, 333-342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2010.08.011>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1062-1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weed, N. C., Butcher, J. N. y McKenna, T. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: the APS and the AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5802\\_15](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15)
- Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case study that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1996.79.3.899>
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 237-244. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

## PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y B, Y SU RELACIÓN CON LAS ADICCIONES CONDUCTUALES

## TYPE A & B BEHAVIOR PATTERN AND ITS RELATION TO BEHAVIORAL ADDICTIONS

GISELE BELMONTE STEIBEL<sup>1</sup>, ROSARIO RUIZ-OLIVARES<sup>2</sup> Y  
JAVIER HERRUZO CABRERA<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Belmonte Steibel, G., Ruiz-Olivares, R., y Herruzo-Cabrera, J. (2016). Patrón de Conducta Tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales [Type A & B Behavior Pattern and its relation to behavioral addictions]. *Acción Psicológica*, 13(1), 119-128 <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17430>

### Resumen

El objetivo de esta investigación fue relacionar el patrón de conducta Tipo A y B (PCTA y PCTB) con la posibilidad de presentar adicciones a Internet, juego, compras y abuso del teléfono móvil en una muestra de jóvenes de la provincia de Córdoba (España). Con un diseño prospectivo ex post-facto con dos grupos, se elaboró un cuestionario con el que se recogieron datos sociodemográficos, y en el que se incluyeron otros cuestionarios como el Test de adicción a las compras, el Test de adicción a Internet de Echeburúa (2003), el Cuestionario Breve de Juego Patológico de Fernández-

Montalvo, Echeburúa y Baéz (1997); algunos ítems sobre el uso del teléfono móvil; y el cuestionario de PCTA de Jenkins. Participaron 3815 jóvenes de la provincia de Córdoba (España) con un rango de edad entre los 18 y 29 años. Los resultados indican que los jóvenes PCTA son los que más compran, juegan, se conectan a Internet y usan el móvil. En conclusión se puede inferir que los jóvenes con patrón de personalidad Tipo A tienen más posibilidades de presentar conductas adictivas que los jóvenes de patrón de conducta Tipo B.

**Palabras clave:** Patrón de Conducta Tipo A; Patrón de Conducta Tipo B; conductas adictivas sin sustancia; jóvenes.

**Correspondencia:** Javier Herruzo Cabrera. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Córdoba.

Email: [jherruzo@uco.es](mailto:jherruzo@uco.es)

<sup>1</sup> Psicóloga do Centro de Atenção psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS-AD de Pelotas), Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Psicología (Universidad de Córdoba), España.

Recibido: 02 de enero de 2016.

Aceptado: 12 de febrero de 2016.

## Abstract

This research aimed to relate the possibility of submitting the Type A and the Type B behavior patterns to the no-substance addiction. We investigated the Internet addiction, the gambling, the shopping, and the misuse of mobile in a sample of youth people. With a prospective design ex-post-facto two groups, a questionnaire was developed to collect sociodemographic data, in which we included the Test of Shopping Addiction, the Test of Internet Addiction from Echeburúa (2003), the Pathological Gambling Brief Questionnaire from Fernandez-Montalvo Echeburúa y Baez (1997), some items on Mobile Phone Usage, and the Jenkins Activity Survey. Young people from the Province of Córdoba, Spain, have participated ( $N = 3815$ , age range between 18 and 29). Results indicated that young people characterized as Type A behavior pattern show bigger propension to shopping, to playing, to Internet connection, and to use of mobile phone. According to logistic regression, The Type B behavior pattern showed to be a protective factor for addiction to shopping. In conclusion it can be inferred that young people of Type A behavior pattern are more likely to have addictive behaviors than young people of Type B behavior pattern.

**Keywords:** Type A behavior pattern; Type B behavior pattern; no substance addictive behaviors; youth.

## Introducción

Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) son de creciente interés en los medios académicos y de la salud, no sólo por su impacto en la sociedad sino por su uso abusivo. Los jóvenes suscitan especial interés por ser la población más vulnerable (Estevez, 2014; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Obrest, 2008; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo 2010; Salehan y Negahban, 2013). La tecnología, como

Internet y el móvil, forman parte de un sistema de comunicación de una potencia incomparable con la tecnología anterior, pues permiten intercambiar informaciones y representaciones de forma instantánea, cambiando así la forma de relación con el mundo (García-Castillo, 2013; Viñas y González, 2010). En nuestra cultura el uso de la tecnología está desarrollándose rápido entre la población, no sólo se ha generalizado su uso, sino también el tiempo y los tipos de actividades que usan las TICs se han multiplicado (chat, compras, trabajo, etc.). La tecnología se ha convertido en uno de los reforzadores inmediatos más potente (García-Castillo, 2013). Pero también este incremento ha hecho que cada vez con más frecuencia lleguen a consulta casos con un uso excesivo y problemático del uso de estas TIC's (Salehan y Negahban, 2013). De la misma manera que otras actividades cotidianas como el juego, el trabajo, las compras, el ejercicio físico, sexo, etc. son susceptibles de ser adictivas, el uso de las TIC's también puede llegar a ser problemático, interfiriendo y condicionando seriamente la vida de una persona (Coll y Monereo, 2008; Echeburúa y Corral, 2010; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009). Según algunos autores, el uso abusivo de las TICs puede producir sintomatología similar a la de otras adicciones, como disforia, dependencia y tolerancia. (Echeburúa y Corral, 2010; Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, 2013; Labrador y Villadangos, 2010; Oliva et al., 2014).

Concretamente, en la literatura empírica el uso excesivo del teléfono móvil se define como la incapacidad para controlar o interrumpir su uso (Echeburúa et al., 2009; Muñoz-Rivas y Agustín, 2005; Sánchez-Carbonell et al., 2008). En algunos trabajos de investigación se ha encontrado que las mujeres jóvenes son las que mandan más mensajes, que no consiguen reducir los gastos y que pasan más horas hablando por el móvil (Carbonell et al., 2012; Hong, Chiu y Huang, 2012; Ruiz-Olivares et al., 2010). Según Pérez, Monje, De León y Ruiz (2012), una gran parte de la literatura apunta algunas características psicológicas como precipitantes de dicho uso abusivo, como trastornos concomitantes, autoestima baja y experimentación de síntomas depresivos. Además del riesgo en sí mismo que presenta el uso excesivo del teléfono móvil, hay que añadir la facilidad con la que se accede a otro tipo de actividades también susceptibles de adicción,

como las compras, el sexo, el juego, etc. (Echeburúa et al., 2009; Perez et al., 2012).

Comprar es una conducta normativa y adaptativa en condiciones normales, pero también es susceptible de generar adicción si se sobreponen determinados límites (Echeburúa, 2003; García-Castillo, 2013). Personas que presentan una adicción a las compras son incapaces de controlar su vida, suelen consumir cosas de manera no planificada, excediéndose en sus posibilidades económicas. Estos perfiles mayormente se manifiestan en mujeres de 30 años, pero es en la juventud y adolescencia donde se inicia el problema (Becoña, 2003; Denegri, Sánchez-Pulvueda y Godoy, 2011; Ruiz-Olivares et al., 2010).

Actualmente, el uso problemático de Internet se relaciona con el número de horas dedicado por ejemplo a las redes sociales, chat, páginas de contenido para adultos y películas (Carbonell et al., 2012; Oliva et al., 2014; Puerta-Cortés y Carbonell, 2014). Algunos trabajos de investigación señalan que jóvenes universitarios con un uso problemático de Internet presentaban una puntuación alta en rasgos de la personalidad como el neuroticismo, y baja puntuación en rasgos como la afabilidad y la responsabilidad (Kuss, Van Rooij, Shorter, Griffiths y Van de Mheen, 2013; Oliva et al., 2014; Puerta-Cortés y Carbonell, 2014). Sin embargo, la dificultad de delimitar conceptualmente este comportamiento anormal ha hecho que la más reciente revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) de la American Psychiatric Association (APA, 2013) no incluya como patología la adicción a Internet.

En cuanto a la adicción al juego, se puede decir que el perfil del jugador ha variado en estos últimos años, pasando de ser un hombre de 40 años de edad, a un de joven de entre 15 a 30 años, muchos de ellos estudiantes, que juegan cada vez más horas (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013). El juego patológico es considerado una conducta adictiva que está clasificado en el grupo de los trastornos no relacionados con consumo de sustancias (APA, 2013). El jugador patológico no tiene capacidad para controlarse, el juego es el centro de su vida. Como argumentan Gutiérrez et al. (2013), el juego también activa sistemas de recompensa similares a los activados por el consumo de drogas, produciendo síntomas de com-

portamientos similares a los producidos por los trastornos por uso de sustancias.

Algunas de las razones que se dan en la literatura para explicar el aprendizaje de este tipo de conductas potencialmente adictivas han sido las características individuales y de la personalidad de cada individuo (Becoña, 2006; Fernández, Horrupia-Serrano y Blannxart, 2012; Puerta-Cortés y Carbonell, 2014). No se puede afirmar que haya una causa única ni un trastorno de personalidad típico para las personas adictas, pero sí de ciertas características de la personalidad presentes en estos comportamientos (Fantín, 2006; Jiménez, 2007; Salazar, Fraile y Bobes, 2010). Estas características pueden predisponer, precipitar o perpetuar el abuso y la dependencia de una sustancia, y también de conductas susceptibles de ser adictivas como comprar, jugar, usar el teléfono móvil, y/o Internet. Los rasgos de personalidad podrían considerarse factores preexistentes que rigen la elección de realizar una determinada conducta y perpetuar la realización de las mismas (Le Bona et al., 2004). Así, una característica de la personalidad clásicamente asociada a las adicciones ha sido la impulsividad y la búsqueda de placer rápido y fuga del estrés (Adan, 2012; Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2012; Becoña y Tomás, 2010; Doran, McCharge y Cohen, 2007; Gutiérrez et al., 2013). Uno de los patrones conductuales que más relación presenta con el estrés y con el ámbito de la salud es el patrón de conducta Tipo A (PCTA). Estas personas se caracterizan por tener una postura de alerta, una expresión facial tensa, el caminar rápido y el hacer las cosas apresuradamente, además de ciertas conductas interpersonales como interrumpir a los demás y retarlos (Díaz-Costa, 2007; Lahan, 2008; Palermo y León, 1993; Rodríguez-Sutil, Gil-Corbacho y Martínez, 1996). Como versus al PCTA, se encuentra el PCTB que se caracteriza por ser una persona con una menor reactividad fisiológica frente a situaciones de estrés y en una no hiperactividad motora (Gutiérrez, 2001; Jenkins, 1992; Pulido y Fonseca, 2009). Algunos trabajos de investigación han relacionado el PCTA y PCTB con una posible adicción a los videojuegos. En este caso, parece que los participantes Tipo A tenían el doble de probabilidades que los participantes Tipo B para cumplir con los criterios de adicción a los videojuegos (Griffiths y Dancaster, 1995).

A pesar de la escasa literatura científica que relacione el PCTA con determinadas conductas adictivas como navegar por Internet, comprar, jugar y usar el móvil se hace necesaria la realización de investigaciones que profundicen en esta relación. Tal conocimiento podría facilitar la promoción de la salud y la disminución de futuros problemas adictivos en la población joven, además de planificar tratamientos más eficaces y adecuados.

Así, el objetivo de este trabajo de investigación fue relacionar el patrón de conducta Tipo A (PCTA) y Tipo B (PCTB) con posibles conductas adictivas como Internet, uso del móvil, compras y juego en jóvenes de la provincia de Córdoba (España).

## Método

### Participantes

Participaron en este estudio 3815 jóvenes de la ciudad y provincia de Córdoba, donde 1410 (40.12 %) eran de la ciudad y 2105 (59.87 %) de zonas rurales. De los 3815 jóvenes que respondieron el cuestionario, sólo fueron analizados 801 (21.00 %) participantes que habían completado correctamente el cuestionario de Jenkins y cumplían los requisitos para PCTA o PCTB. Así, 247 sujetos eran PCTA (30.80 %), de los cuales 189 eran de zonas rurales (76.50 %) y 58 de zona urbana (23.50 %). Por otro lado 554 sujetos eran PCTB (69.20 %), de los cuales 412 eran de zonas rurales (74.40 %) y 142 de zona urbana (25.60 %). En cuanto a la variable ‘sexo’, 139 hombres (57.00 %) y 105 mujeres (43.00 %) eran PCTA, y 209 hombres (37.80 %) y 344 mujeres (62.20 %) eran PCTB. En función de la variable ‘edad’, y teniendo en cuenta los participantes PCTA, la muestra se distribuía en 75 participantes de 18-20 años (30.60 %), 69 de 21 a 23 años (28.20 %), 50 de 24 a 26 años (20.40 %), 43 de 27 a 29 años (17.60 %) y 8 mayores de 29 años (3.30 %). En función de los participantes PCTB, la muestra se distribuía en 221 participantes de 18-20 años (40.30 %), 128 de 21 a 23 años (23.30 %), 98 de 24 a 26 años (17.90 %), 77 de 27 a 29 años (14.00 %) y 25 mayores de 29 años (4.60 %).

### Instrumentos de evaluación

El cuestionario utilizado ha sido una adaptación del que se ha aplicado en otros trabajos de investigación con población universitaria de la provincia de Córdoba (Ruiz-Olivares et al., 2010; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya y Herruzo, 2010). En él se incluyeron datos sociodemográficos y otros instrumentos para valorar el uso de las compras, juego, uso de Internet y móvil. Para valorar el abuso de las compras, se utilizó el *Test de Adicción a las Compras* de Echeburúa (2003), formado por cinco ítems, con dos alternativas de respuesta “sí” o “no”, considerando que la persona tiene un problema de adicción a las compras si responde afirmativamente a dos o más ítems. Para valorar el comportamiento relacionado con el juego patológico, se utilizó el *Cuestionario Breve de Juego Patológico* (CBJP) de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995), formado por 4 ítems, con dos alternativas de respuesta “sí” o “no”, considerando que la persona tiene un problema con el juego si responde afirmativamente a dos o más ítems. En el trabajo de Ruiz-Olivares et al. (2010) fue calculado el índice de fiabilidad del cuestionario,  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo un valor de 0.94, con lo que se puede decir que la fiabilidad del instrumento es adecuada. Para valorar la adicción al uso de Internet, se ha utilizado el *Test de Adicción a Internet* (Echeburúa, 2003), formado por 9 ítems, con dos alternativas de respuesta “sí” o “no”, con una escala de puntuación dependiendo del número de respuestas afirmativas (Echeburúa, 2003, p. 70). Así, de 0-3 respuestas afirmativas se considera que la persona no tiene problemas con el uso de Internet, de 4-6 respuestas afirmativas se considera que la persona está en riesgo de tener una dependencia y de 7-9 respuestas afirmativas es probable que la persona presente un problema de adicción a Internet. Para valorar el uso del teléfono móvil, se incluyeron una serie de ítems que hacían referencia al tiempo en horas que pasaban hablando o al número de mensajes que mandaban al día los estudiantes (Bianchi y Phillips, 2005). En el trabajo de Ruiz-Olivares et al. (2010), se calculó también el índice de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach para este instrumento obteniendo un índice de 0.93, lo que indica que la validez del instrumento es adecuada.. Así, el cuestionario quedó dividido en un bloque de datos sociodemográficos y otro donde se

obtenía información acerca de patrones de conducta relacionados con el uso de Internet, las compras, el teléfono móvil y el juego.

Por otro lado, para valorar el PCTA/PCTB se utilizó el Inventory de Actividad de Jenkins Forma H (JASE-H; Krantz, Glass y Zinder, 1974), validada la versión española frente al 'Inventory de Actividad de Jenkins Forma T' (Krantz et al., 1974), con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach entre 0.75 y 0.88. El JASE-H presenta 32 ítems en la forma de frases, a las cuales el sujeto debe señalar el grado de aplicabilidad y descripción que sobre sí mismo que aporta cada una. Las opciones de respuesta están formadas por una escala tipo Likert de 6 puntos, cuyo límite inferior (1 - "No en absoluto") y superior (6 - "Total acuerdo") deben aplicarse a la situación reflejada en cada uno de los ítems. El JASE-H está diseñado para medir el PCTA según cuatro factores: la competitividad, la sobrecarga laboral, la impaciencia y la hostilidad. Para cada uno son elaboradas escalas específicas por la suma de la puntuación de algunos de los ítems. También se aplica una puntuación total respecto al PCTA, realizando la suma de todos los ítems, incluso los que no pertenecen a ninguna escala específica..

## Procedimiento

La recogida de datos en la ciudad se realizó en la Universidad de Córdoba (UCO) y la muestra rural se recogió en diversos pueblos de la provincia de Córdoba (España). La muestra de alumnos de la UCO se recogió durante el horario lectivo de clase. El profesorado, previamente informado, y los encuestadores fueron entrenados para poder dar las instrucciones correctamente a los sujetos investigados. En el apartado de instrucciones se comentaba que era una encuesta sobre comportamientos en población joven, cuyo objetivo era la realización de una serie de actuaciones de prevención y tratamiento ante los problemas que pueden derivarse de estas conductas. Los datos serían tratados estadísticamente y se tratarían de forma completamente anónima. Cada participante firmó el consentimiento correspondiente para participar en la investigación. La recolección de los datos correspondientes a los jóvenes

de la provincia de Córdoba se realizó en el tiempo máximo de un mes. Los coordinadores del 'Programa Ciudades Ante las Drogas' de cada localidad de la provincia de Córdoba pasaron las encuestas a la población joven de su pueblo o mancomunidad en clases de ciclos formativos, lugares de trabajo, gimnasios, centros sociales, etc.

## Análisis de datos

El presente estudio se ha realizado mediante un diseño ex post-facto prospectivo con dos grupo, en el que las variables PCTA ya han tomado su valor y se pretende investigar su relación con las conductas adictivas. El análisis de datos se dio con base a información proporcionada por los cuestionarios, buscándose evaluar las posibles relaciones entre las conductas adictivas y los patrones de personalidad Tipo A y Tipo B. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) con corte para el PCTA en 85% y el PCTB en 15 %, donde no se tuvieron en cuenta los participantes que no les caracterizaba ni PCTA ni PCTB, como ya se ha comentado en el apartado de participantes. Dicho ANOVA relacionó el PCTA y PCTB con las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios. Además, se realizó un análisis de Regresión Logística en el que se consideró como variable dependiente ser PCTA o PCTB y como variables independientes las diferentes puntuaciones obtenidas en los test de Internet, compras y juego.

## Resultados

Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo de investigación era relacionar el PCTA con conductas adictivas, como Internet, juego, compras y móvil, se ha realizado una ANOVA comparando la puntuación obtenida por cada uno de los grupos (PCTA/PCTB) en cada uno de los cuestionarios utilizados. En la figura 1 y 2, se pueden observar los resultados donde los jóvenes con personalidad PCTA obtienen una puntuación mayor en los diferentes cuestionarios. Concretamente, en el test de adicción a las 'compras', se obtiene una  $F = 63.535$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ; para el test de adicción a 'Internet',  $F = 25.683$ ,

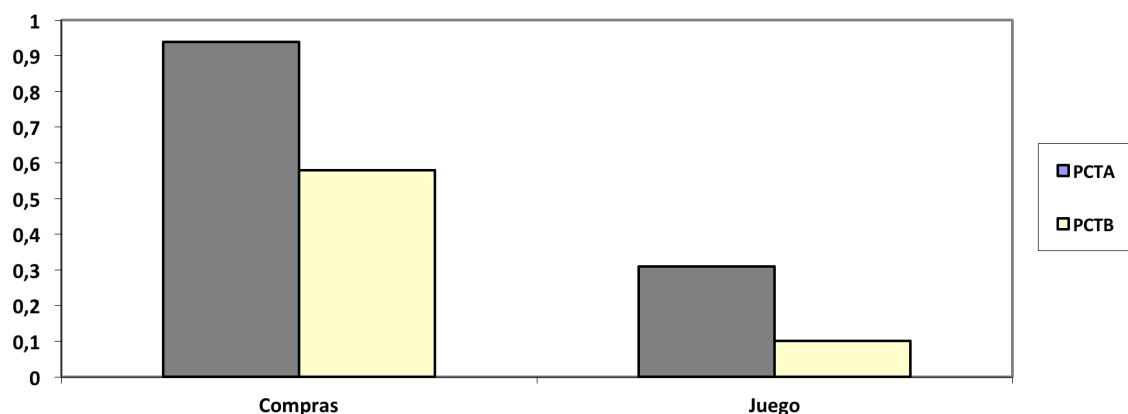


Figura 1. Comparación entre dos grupos, PCTA/PCTB con conductas adictivas: compras y juego.

$gl = 1$ ,  $p < .05$ ; para el test de adicción al ‘juego’,  $F = 21.289$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ ; y para el test de adicción al ‘móvil’,  $F = 44.132$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .05$ . En todos los casos se dan diferencias significativas entre los grupos PCTA y PCTB.

Para determinar la fuerza de la relación entre el patrón de conducta Tipo A y la posibilidad de presentar una posible adicción conductual, se realizó un análisis de Regresión Logística Binaria. La variable dependiente fue ser PCTA o PCTB y las variables independientes las

puntuaciones de los cuestionarios (adicción a las compras, al juego y a Internet). Concretamente, la variable que entró a formar parte del modelo fue el test sobre adicción a las compras con una Odds Ratio superior a 1 (OR = 1.9, IC 95 % = 1.588-2.363) indicando que están en riesgo de presentar una posible adicción a las compras 1.9 veces más los jóvenes con PCTA que los PCTB. En este caso se puede decir que las personas con PCTB tienen menos probabilidad de presentar una posible adicción a las compras.

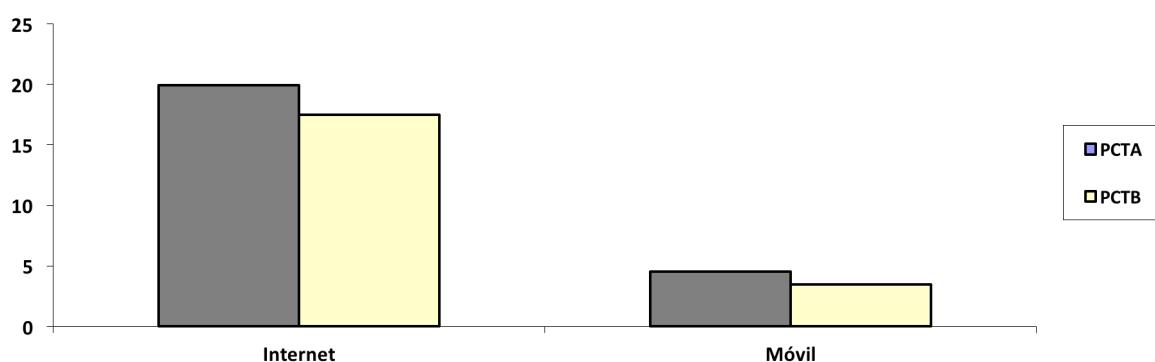


Figura 2. Comparación entre dos grupos, PCTA/PCTB con conductas adictivas: internet y móvil.

Tabla 1

*Análisis de regresión logística entre el PCTA y PCTB, y adicciones a las compras*

	<b>B</b>	<b>E.T.</b>	<b>Wald</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
<b>PCTA/PCTB</b>						
Test compras	0.661	0.101	42.513	0.000	1.937	1.588-2.363

## Discusión y Conclusiones

Teniendo en cuenta que el objetivo de nuestra investigación era conocer la relación del PCTA y PCTB con posibles conductas adictivas como Internet, uso del móvil, compras y juego en jóvenes de la provincia de Córdoba, se puede decir que el PCTA tiene más probabilidad de presentar una posible adicción a estos comportamientos, que el PCTB. Esto coincide con otros trabajos de investigación que han relacionado el PCTA con una posible adicción a los videojuegos y al consumo de sustancias (Folson et al., 1984; Griffiths y Dancaster, 1995; Leventhal et al., 2007). Atendiendo a la regresión logística realizada, se puede decir que la puntuación del test a las compras aumenta la probabilidad de predecir la personalidad Tipo A. Es decir que una persona PCTA tiene 1.9 veces más probabilidad de presentar una posible adicción a las compras.

Los resultados de este trabajo soportan el concepto de que las actitudes de riesgo como la impulsividad y la predisposición a las adicciones entre jóvenes se correlacionan positivamente con el PCTA (Becoña y Tomás, 2010; Gutiérrez et al., 2013). Como han destacado Gómez y Fraguera (2006), los patrones de conducta son factores importantes en el discurrir del desarrollo de la vida de una persona, en todas las etapas de su vida. Los jóvenes están especialmente sujetos a presiones biológicas y sociales que les empujan al estrés, a su vez asociado directamente a conductas adictivas (Alemany, 2008)

Aunque no existe una “personalidad adictiva”, hay características de personalidad como el PCTA que predisponen a una mayor vulnerabilidad individual con respecto a las conductas adictivas.

Como limitaciones determinadas por el propio diseño del estudio, destaca la recogida de datos en la propia aula de la muestra de jóvenes de la universidad, que si bien es el entorno más accesible, también conlleva un cierto sesgo de selección y una infraestimación en los resultados. Además, es necesario señalar que a pesar del interés que suscitan los resultados de la regresión logística, es necesario ser precavido a la hora de generalizar dichos resultados, ya que el tamaño de la muestra de jóvenes en riesgo es pequeño y no son clasificados correctamente. En este caso, no podemos olvidar otros factores de riesgo como los asociados al contexto social, familiar, cultural y/o hereditario de los participantes. Además, hay que profundizar más el conocimiento respecto al PCTA y el análisis de las variables aquí investigadas y sus aportaciones.

En este sentido, para futuras líneas de investigación, sería interesante replicar este tipo de trabajos con instrumentos de evaluación más adecuados que detecten aquella población susceptible de estar en riesgo; ampliar estudios que consideren los aspectos cognitivos que subyacen a estas conductas de cara a planificar actuaciones con estos jóvenes; y profundizar en las variables de protección y de riesgo que están interviniendo en la adicción de comportamientos relacionados con las compras, el juego, el uso del móvil e Internet.

## Referencias

- Adan, A. (2012). Functional and dysfunctional impulsivity in young binge drinkers. *Adicciones*, 24(1), 17-22.
- Alemany, R. N. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20(1), 59-72.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Autor.
- Arteaga A., Fernández-Montalvo J. y López-Goñi J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.435>
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid, España: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Vigo, España: Nova Galicia.
- Becoña, E. y Tomás, M. C. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especializados en clínica en formación*. Madrid, España: Socidrogalcohol.
- Bianchi, A. y Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 39-51. <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39>
- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn, A. (2012). Problematic internet and cell phone use in spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología*, 28(3), 789-796.
- Coll, C. y Monereo, C. (2008). Educación y aprendizaje en el siglo XX Nuevas herramientas, nuevos escenarios, nuevas finalidades. En C. Coll y C. Monereo (Eds.), *Psicología de la Educación virtual. Aprender y enseñar con las Tecnologías de la Información y la Comunicación* (pp. 2-53). Madrid, España: Morata.
- De la Sola Gutiérrez, S. J., Valladolid, G. R. y Fonseca, F. R. (2013). La impulsividad ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions*, 13(2), 145-155.
- Denegri Coria, M. C., Sepúlveda Aravena, J. y Godoy Bello, M. P. (2011). Actitudes hacia la Compra y el Consumo de estudiantes de Pedagogía y profesores en ejercicio en Chile. *Psicología desde el Caribe*, 28, 1-23.
- Díaz- Acosta, G. (2007). Evaluación de características específicas de la personalidad en diferentes trastornos físicos. *Investigación en Psicología*, 10(1), 173-176.
- Doran, N., McChargue, D. y Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.023>
- Echeburúa, E. (2003). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao, España: Bilbao.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J. y Becoña, E. (2009.) *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid, España: Pirámide.
- Estévez, A. (2014). *Adicción al juego: últimos avances en investigación*. Recuperado de <http://www.ansiedadestres.org/content/entrevista-b-41>
- Estévez, A., Herrero, D. y Sarabia, I. (2013). *Factores facilitadores de conductas adictivas de juego*

- patológico en jóvenes y adolescentes [Documento técnico no publicado]. Madrid, España: ONCE.
- Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18(3), 285-292.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa Odriozola, E. y Báez Gallo, C. (1995). El cuestionario breve de juego patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76), 211-223.
- Folson, A. R., Hughes, R. J., Buehler, F. J., Mittelmark, B. M., Jacobs, D. R. y Grimm, R. H. (1985). Do Type A Men Drink More Frequently than Type B Men? Findings in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *Journal of Behavioral Medicine*, 8(3), 227-235. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00870310>
- García del Castillo, J. A. (2013.) Adicciones tecnológicas el auge de las redes sociales. *Health and Addictions*, 13(1), 5-14.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P. y Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Griffiths, M. D. y Dancaster, I. (1995). The effect of type A personality on physiological arousal while playing computer games. *Addictive Behaviors*, 20(4), 543-548. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(95\)00001-S](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(95)00001-S)
- Hong, F. Y., Chiu, S. I. y Huang, D. H. (2012). A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. *Computers in Human Behavior*, 28(6), 2152-2159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2012.06.020>
- Jiménez, M. V. (2007). Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Revista Española de Drogodependencia*, 32(3), 250-291.
- Kranz, D. S., Glass, D. C. y Snyder, M. I. (1974). Helplessness, stress level, and the coronary-prone behavior pattern. *Journal of Experimental Social Psychology*, 10, 284-300.
- Kuss, D. J., van Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D. y Van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987-1996. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.002>
- Labrador Encinas, F. J. y Villadangos González, S. M. (2010). Adolescents and new technologies: Behaviours pointing a possible addiction problem. *Psicothema*, 22(2), 180-188.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanaka, C., Hansenne, M., ... y Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 175-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.10.006>
- Leventha, M. A., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Heishman, S. J., Lerman, C. y Pickworth, W. B (2007). Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Addictive Behaviors*, 32, 2976-2989. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.014>
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. y Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "mobile phone problem use scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24(2), 123-130.
- Muñoz-Rivas, M. y Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual. Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 13(3), 481-493.

- Oliva, A., Antolín-Suárez, L., Ramos, P., Jiménez, L., Jiménez-Iglesias, A., Moreno, M. C. y Hidalgo, M. V. (2013). Adicciones con y sin sustancia: paralelismo. En T. Laespada y A. Estévez, *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 87-99). Bilbao, España: Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Recuperado de <https://download.e-bookshelf.de/download/0002/2881/79/L-G-0002288179-0003129221.pdf>
- Palermo, F. y García-León, A. (1993). Metodología psicofisiológica básica en el estudio del patrón A de conducta. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 19(1/2), 61-96. <http://dx.doi.org/10.5514/rmac.v19.i1y2.23422>
- Pérez, E. J., Monje, M. T., De León, J. M. y Ruiz S. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24(2), 139-152.
- Puerta-Cortés, D. X. y Carbonell, X. (2014). El modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el uso problemático de internet en jóvenes colombianos. *Adicciones*, 26(1), 54-61.
- Pulido, M. E. y Fonseca, J. P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y bournout en personal sanitario. *Hacia la Promoción de la Salud*, 4(1), 109-123.
- Rodríguez-Sutil, C., Gil-Corbacho, P. y Martínez Arias, R. (1996). Presentación de la escala retiro de patrón de conducta Tipo A (ERCTA). *Psicothema*, 8(1), 207-213.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22(4), 301-310.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., Raya, A. y Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psicología Conductual*, 18(3), 579-590.
- Salazar-Fraile, J., Ripoll-Alades, C. y Bobes, J. (2010). Narcisismo manifesto-narcisismo encubierto y trastornos de personalidad en una unidad de conductas adictivas: validez predictiva de respuesta de tratamiento. *Adicciones*, 22, 107-112.
- Salehan, M. y Negahban, A. (2013). *Social networking on smartphones: When mobile phones become addictive*. College of Business. Texas: University of North Texas.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿Moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-160.
- Viñas, F. y González, M. (2010). Amenazas a través de la telefonía móvil e internet: perfil psicológico y consecuencias emocionales [Threats through mobile phones and internet: psychological profile and emotional consequences]. *Acción Psicológica*, 7(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.7.1.205>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

---

# ACCIÓN PSICOLÓGICA

Contribuciones de temática libre  
[Others articles]

VOLUMEN 13

JUNIO 2016

NÚMERO 1



## LA TERAPIA DE LA COHERENCIA: UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA APOYADO POR LA NEUROCIENCIA CONTEMPORÁNEA

## COHERENCE THERAPY: A CONSTRUCTIVIST APPROACH SUPPORTED BY CONTEMPORARY NEUROSCIENCE

MICHAŁ JASIŃSKI<sup>1</sup>, CLARA PAZ<sup>1</sup> Y GUILLEM FEIXAS<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Jasiński, M., Paz, C., y Feixas, G. (2016). La terapia de la coherencia: un enfoque constructivista apoyado por la neurociencia contemporánea [Coherence therapy: a constructivist approach supported by contemporary neuroscience]. *Acción Psicológica*, 13(1), 131-144. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16137>

### Resumen

En el presente artículo se describe la terapia de la coherencia (TC). Con el fin de presentar este enfoque se realiza una breve descripción del constructivismo y su influencia tanto en la TC, como en la psicoterapia en general. Se continúa con la explicación detallada de la historia, teoría y metodología de la TC. Se describe también la reconsolidación de la memoria, un fenómeno descubierto recientemente en el campo de la neurociencia que parece ocurrir en el proceso de la TC y se presentan sus implicaciones para la psicoterapia. Se utiliza un breve estudio de caso para explicar el proceso de la TC de forma práctica. Finalmente, se describe el estado acual y el futuro de este enfoque terapéutico.

**Palabras clave:** terapia de la coherencia; constructivismo.

### Abstract

Coherence therapy (CT) is described in the present article. Constructivism's influence on psychotherapy in general and on CT specifically is discussed briefly, followed by a detailed presentation of CT's history, theory and methodology. Memory reconsolidation, a recently discovered phenomenon which is stated to occur in CT process, is described as well together with its implications for psychotherapy field. A brief case study is presented to show CT's process in practice and the future and limitations of CT are discussed in the final part of the article.

**Correspondencia:** Guilem Feixas. Departamento de Departament de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Barcelona.

**Email:** gfeixas@ub.edu

<sup>1</sup> Universidad de Barcelona, España.

Recibido: 07 de marzo de 2016.

Aceptado: 22 de mayo de 2016.

**Keywords:** coherence therapy; constructivism.

## Introducción

Para los psicoterapeutas una de las mayores fuentes de satisfacción son las sesiones de terapia en las que de forma inesperada el cliente experimenta un cambio profundo que resulta ser crucial para alcanzar el objetivo terapéutico. El cambio profundo es entendido, de acuerdo con Ecker y Toomey (2008), como una depotenciación de engramas de la memoria implícita que resulta en un cese completo y duradero del síntoma. Experimentar estos cambios produce una mejoría en los síntomas y hace que el individuo se sienta significativamente mejor. Como terapeutas nos gustaría que estas extraordinarias circunstancias se presentasen con mayor frecuencia, pero en la práctica no siempre lo conseguimos.

Bruce Ecker y Laurel Hulley, psicoterapeutas constructivistas inspirados tanto por Bateson (1951, 1972) y Mahoney (1991), pero también por Jung (1964) y el trabajo experiencial de terapeutas gestálticos, analizaron cientos de sesiones de terapia en las cuales ocurrían estos cambios revolucionarios. El fruto de su esfuerzo fue la creación de un procedimiento terapéutico al que llamaron terapia breve de orientación profunda (Ecker y Hulley, 1996) por su capacidad de promover la reconstrucción del material inconsciente (estos autores se refieren a memoria inconsciente o implícita –opuesta a la memoria consciente o explícita– como el tipo de memoria que almacena, entre otros, habilidades motoras y lingüísticas, hábitos y respuestas conductuales provocadas por las emociones; y cuya expresión no incluye atención consciente, de acuerdo con Toomey y Ecker, 2007) dentro de un formato de terapia de corta duración. Este enfoque, conocido actualmente como terapia de la coherencia, con el tiempo ha sido respaldado por hallazgos de la neurociencia, que a inicios del siglo XXI demostraron que es posible la reconsolidación de las memorias implícitas. El proceso llevado a cabo por la terapia de la coherencia es un reflejo de los pasos requeridos por el cerebro para que se produzca este cambio en la memoria.

La terapia de la coherencia pertenece a la familia de los enfoques constructivistas (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer y Mahoney, 1995) con los que comparte la visión del ser humano como agente activo que construye la realidad experiencial en la que opera y vive de una forma que es personal y, en último término, única. De esta forma, evitando la clasificación o patologización de las conductas, se centra en cómo el individuo subjetivamente construye su realidad no solamente de forma explícita sino, muy especialmente, con sus construcciones implícitas.

Concebida como un enfoque experiencial de corta duración la terapia de la coherencia puede ser aplicada en el trabajo con individuos, parejas y familias. Como principio central propone que el síntoma es coherente con significados implícitos, raramente conscientes, que surgen de construcciones de la realidad que fueron adaptativas en el pasado y que actualmente siguen activas, dando lugar directa o indirectamente al síntoma. Uno de los aspectos más distintivos de los enfoques constructivistas en general, y de la terapia de la coherencia en particular, es que el terapeuta no se opone al síntoma, en lugar de esto, guía al cliente a descubrir de forma experiencial los esquemas que le dan sentido y promueve su integración a nivel consciente. Es así que estas construcciones son modificadas, haciendo que el síntoma pierda su significado original. De acuerdo con los autores de este enfoque (Ecker et al., 2012; Ecker y Toomey, 2008), los pasos que conducen al cambio terapéuticamente efectivo son un reflejo del proceso de reconsolidación de la memoria, un proceso neuronal que permite que se produzca un cambio duradero, a nivel de los tejidos cerebrales, en las conexiones de la memoria implícita.

## Constructivismo y psicoterapia

Antes de describir la terapia de la coherencia parece conveniente explicar brevemente la influencia del pensamiento constructivista sobre la psicoterapia y la ciencia en general.

Las psicoterapias constructivistas (véase, por ejemplo, Feixas y Villegas, 2000) prestan atención a los significados que el individuo otorga a la realidad que experimenta

y a como la construcción subjetiva de la misma da forma a su propia experiencia. El pensamiento denominado constructivista aparece en la psicología en los años setenta (Watzlawick, 1976), dos décadas después que George Kelly publicará su *opus magnum, La psicología de los constructos personales*, en 1955. Tanto Kelly como los constructivistas que lo sucedieron no formularon sus teorías a partir de la nada. Ya en el siglo XVII, Giambattista Vico e Immanuel Kant, y en el siglo XX Hans Vaihinger y Jean Piaget enfatizaban el papel activo de la mente en la construcción de la realidad (Mahoney, 1988). Sin embargo, no es hasta los años setenta que el constructivismo surge como un nuevo enfoque a partir de la evidencia empírica recolectada en diferentes campos científicos, en especial en la neuropsicología, la biología y la cibernetica. Fueron los representantes de las ciencias naturales como Heinz von Foerster (1981), Humberto Maturana y Francisco Varela (1987); de la filosofía como Ernst von Glaserfeld (1984), y de la psicoterapia como Paul Watzlawick (1976), quienes formularon las nociones básicas del constructivismo. Actualmente estas premisas coinciden con hallazgos científicos que plantean a la cognición como un proceso activo y generativo que depende más de la estructura del cerebro y sus reglas de funcionamiento que del mundo exterior (Neimeyer, 2009). Tal conocimiento permitió a von Glaserfeld (1989, p. 162) formular sus principios constructivistas:

- 1) “El conocimiento no se recibe de forma pasiva a través de los sentidos o por la comunicación, sino que activamente construido por el sujeto que lo percibe.
- 2) La cognición sirve para la organización del mundo experiencial del sujeto, no para el descubrimiento de una realidad ontológica objetiva”. (p.162).

Estas afirmaciones nos invitan a dejar a un lado la búsqueda racionalista por descubrir una verdad independiente del observador. No obstante, la existencia de la realidad, a nivel ontológico, no es negada por los constructivistas; sin embargo, si no es posible conocerla objetivamente, entonces la verificación del conocimiento construido mientras se experimenta el mundo exterior ocurre recursivamente con la acumulación de nuevas experiencias –es a partir de esto que surge la función

adaptativa de la cognición (Neimeyer, 2009). Tanto Kelly como los científicos mencionados anteriormente percibieron que el ser humano formula ciertas hipótesis las cuales son verificadas en la práctica y corregidas de acuerdo a los criterios de adaptación– las hipótesis confirmadas reforzán la construcción otorgada a la realidad mientras que las que se invalidan demandan ser modificadas (Kelly, 1955/1991). Von Foerster enfatiza que la base para detectar la diferencia no es dada por el mundo exterior, sino por nuestras propias construcciones en relación al mundo (Foerster, 1973).

Los enfoques psicoterapéuticos que se basan en el constructivismo han abandonado la fe en una única realidad correcta y han tomado una visión escéptica sobre las definiciones objetivistas acerca de la salud mental y los trastornos. El terapeuta ha dejado de ser un experto directivo que identifica las estructuras a cambiar por parte del cliente (Kelly, 1955/1991). Kelly mencionó que nadie tiene que ser prisionero de su propia biografía y que todo lo que es construido mentalmente puede ser reconstruido (Kelly, 1969). Mientras que las terapias objetivistas tradicionales se centran en la corrección de acciones o regulación emocional, los terapeutas constructivistas, en lugar de luchar contra el síntoma, ayudan a los clientes a expandir su sistema de constructos personales (o narrativas personales) de tal manera que el síntoma pierda las razones para existir. Así pues, la psicoeducación y la eliminación de los patrones disfuncionales son remplazados por la exploración y reconstrucción de significados. En cuanto a las emociones negativas, estas no son un signo de patrones de pensamiento distorsionados, sino que informan de la existencia de un conflicto entre las construcciones existentes. La resistencia es vista como una fuente de información acerca de que el cambio propuesto amenaza a las construcciones centrales que son vitales para mantener la identidad del cliente (Kelly, 1969).

Las terapias constructivistas contemporáneas comparten la visión de que la realidad objetiva es imposible de llegar a conocer, es el ser humano quien activamente y de forma adaptativa organiza su construcción subjetiva de la realidad (Neimeyer, 2009). Teniendo en cuenta que la característica común de estos enfoques es la epistemología y no necesariamente las teorías o las estrategias específicas, dentro de la familia de las terapias

constructivistas es posible encontrar tanto terapias cognitivas (por ejemplo, adaptaciones modernas de la psicoterapia de los constructos personales o la terapia posttracionalista de Guidano), como terapias experienciales (la terapia focalizada en emociones de Greenberg o la terapia de la coherencia). El constructivismo también ha influenciado el desarrollo de las terapias estratégicas (atribuidas al pensamiento de Bateson y Watzlawick) y en conjunto con el construcciónismo social han influido sobre el desarrollo de las terapias sistémicas. Además, existen modelos constructivistas y socioconstrucciónistas desarrollados para el tratamiento de problemas específicos; por ejemplo, la terapia del duelo de Neimeyer (Neimeyer, Burke, Mackay y Van Dyke Stringer, 2010) el enfoque de Semerari y Dimaggio sobre los trastornos de personalidad (2011) o el enfoque del diálogo abierto para el tratamiento de la psicosis de Seikkula (Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2001).

En la descripción presentada del constructivismo, el lector podrá identificar algunas similitudes con el construcciónismo social. Las analogías que rigen estas nociones han sido confundidas entre ellas o usadas de manera intercambiada. El construcciónismo social es un paradigma similar, en ocasiones percibido como resultado del desarrollo del pensamiento constructivista que pone énfasis sobre la construcción de la realidad dentro del espacio que hay entre individuos (en un amplio contexto social y cultural, con el uso del lenguaje), en lugar de la construcción individual (Kelly, 1955/1991). En psicoterapia, esta corriente ha contribuido a poner en el foco de atención a los determinantes políticos, sociales y lingüísticos que permitieron la producción de cambios vitales en las terapias sistémicas y contribuyeron a la aparición de la terapia narrativa (White y Epston, 1990).

## Orígenes de la terapia de la coherencia

Bruce Ecker y Laurel Hulley, una pareja de psicoterapeutas de California, formados inicialmente en el enfoque sistémico, notaron que en su práctica clínica las sesiones de terapia más efectivas eran aquellas en las cuales, contrario a las pautas de las terapias sistémicas,

trabajaban sobre las construcciones inconscientes de la realidad de los clientes. Sin embargo, realizaban este trabajo desde la perspectiva constructivista, no desde la perspectiva psicodinámica. Observaron que los clientes de manera especialmente rápida lograban el cambio deseado cuando de manera experiencial (no únicamente cognitiva o desarrollada por la interpretación del terapeuta) descubrían el significado inconsciente del problema, integraban este conocimiento a nivel consciente y entonces lo reconstruían de tal forma que el síntoma perdía sus razones para existir o dejaba de ser un problema (Ecker y Hulley, 1996). Así pues, estos terapuetas comenzaron a crear un sistema terapéutico que pudiera, desde su punto de vista, facilitar la realización de tales sesiones efectivas con mayor regularidad. En un inicio el desarrollo de este enfoque fue denominado por Ecker y Hulley como terapia breve de orientación profunda, que salió a la luz en 1996 con la presentación del libro con el mismo nombre (en inglés *Depth-Oriented Brief Therapy*). Nueve años más tarde los autores cambiaron el nombre del enfoque por terapia de la coherencia con el objetivo de enfatizar su principio básico—la coherencia del síntoma con las construcciones adaptativas que requieren su mantenimiento. Aquel periodo dio también un importante impulso para el desarrollo del pensamiento de Ecker y Hulley, incluso Ecker (Ecker y Toomey, 2007) se preguntó a sí mismo sobre la existencia de una explicación neurológica para la alta efectividad de la terapia de la coherencia. No obstante, tal explicación comenzó a existir relativamente desde hace pocos años.

## Coherencia entre psicoterapia y neurociencia

En la descripción presentada del constructivismo, el lector El desarrollo de la neurociencia en las dos últimas décadas ha reforzado los fundamentos científicos de la psicoterapia, los cuales en ocasiones han sido criticados por ser insuficientes e incluso por la falta de los mismos. La investigación sobre la reconsolidación de la memoria, retomada en 1997, apareció como un elemento revolucionario que parte de la idea de confirmar que tal proceso es posible. En el 2004 el proceso requerido para que

existía la reconsolidación fue definido y este se convirtió en el segundo pilar, después de la práctica clínica, para la terapia de la coherencia. Ecker sostiene que el análisis de las transcripciones de las sesiones de terapia permite identificar los marcadores del cambio profundo igual a los que se observan en el proceso de reconsolidación (Ecker et al., 2012).

La memoria inconsciente (llamada también “implícita”) es un tipo de memoria a largo plazo. Su contenido es recuperado y nos influye automáticamente sin la necesidad de involucrar conexiones del nivel consciente. Las conexiones (o engramas) de este tipo de memoria son en ocasiones creadas por la fuerte saturación emocional, como por ejemplo la presencia de traumas o eventos específicos vitales en la vida de un individuo. Los científicos ya en el siglo XX estaban interesados en las posibilidades de cambiar o borrar segmentos elegidos de memoria inconsciente, pero sus esfuerzos en conseguir la reconsolidación de la memoria fracasaron, así que se comenzó a considerar de manera enfática que este tipo de memorias se consolidan de una manera indeleble con el objetivo de protegerse, por lo tanto, es imposible cambiarlas (LeDoux, Romanski y Xagoraris, 1989). Esta fue una conclusión muy pesimista tanto para neurocientíficos, como para psicoterapeutas, ya que el conocimiento almacenado en la memoria implícita se considera, entre otros, que está relacionado con nuestra construcción de los principios básicos del funcionamiento del mundo y, por consiguiente, con el saber de como uno tiene que comportarse para evitar el hacerse daño y obtener placer.

¿Y la psicoterapia cómo funciona en esta situación? Bien, si uno no puede influenciar en la memoria inconsciente, la solución está en crear nuevas conexiones que compitan efectivamente con las conexiones problemáticas existentes. Esta idea ha estado detrás de muchas escuelas terapéuticas que promueven la acción en contra del síntoma, por ejemplo, mediante la relajación, la psicoeducación, el pensamiento positivo, la regulación emocional, las reacciones alternativas, etc. A pesar de la buena fe en base de estas medidas, a menudo demandan un esfuerzo continuo del cliente para “silenciar” el síntoma (de seguro hemos escuchado más de una vez como alguien ha aprendido cómo “lidiar con la ansiedad”). Ciertamente es que Albert Ellis, el fundador la terapia racional

emotiva, fue específico señalando el manejo de la memoria inconsciente, pero desde la visión de la neurociencia contemporánea, se refirió en exceso al trabajo de las emociones desde una perspectiva cognitiva. La fuente del problema se mantenía intacta—las conexiones de la memoria no deseada, consolidadas en el pasado, no estaban siendo cambiadas por las conexiones neuronales con los que competían, ya que estos estaban formados en la parte del cerebro más joven desde una perspectiva evolutiva (en el neocortex); mientras que la memoria emocional está codificada en el allocorteza, en el sistema límbico entre otros (Ecker et al., 2012).

La investigación sobre la reconsolidación de la memoria fue retomada en 1997. Tres años después Nader y sus colaboradores confirmaron la hipótesis que proclamaba que las conexiones neuronales de las memorias inconscientes consolidadas relacionadas con el miedo pueden ser desestabilizadas (regresar a un estado no consolidado, lábil en el que pueden ser modificadas, reforzadas o borradas; Nader, Schafe y LeDoux, 2000). Este revolucionario hallazgo dio como resultado la intensificación de la investigación sobre este tema con el fin de precisar las afirmaciones e hipótesis planteadas. Muchos laboratorios comenzaron a experimentar en diferentes especies, incluso con humanos. El suceso de reconsolidación en humanos ha sido experimentado tanto con el uso de agentes farmacológicos que acentúan el proceso (específicamente el propanolol) como mediante el uso de intervenciones conductuales (Nader, 2013). Actualmente se considera que la reconsolidación de la memoria es posible únicamente cuando la memoria reactivada es contrapuesta con un conocimiento que la contradice, para ser más precisos, que contradice o es considerablemente diferente a las anticipaciones que establecía la memoria original. Únicamente con estas condiciones satisfechas este segmento de memoria se vuelve frágil y por tanto propenso al cambio (Oyarzún, et al., 2012; Schiller, Monfils, Raio, Johnson y LeDoux, 2010). Los investigadores fueron incluso capaces de definir el marco temporal en el cual la memoria implícita es modificable—la llamada ventana de la reconsolidación permanece abierta por alrededor de cinco horas a partir de la reactivación de la memoria y la contraposición del conocimiento mencionado anteriormente. Cuando termina este tiempo el engrama se vuelve a consolidar, lo cual hace imposible la introducción de cualquier

quier cambio (Phelps y Schiller, 2013). La verificación de la eficacia del proceso consiste en la reactivación del engrama de la memoria original con el fin de comprobar si este continúa causando una reacción emocional intensa—si este no es el caso, entonces se asume que la reconsolidación ha sido exitosa. Esto es valioso si mencionamos que la modificación de la memoria emocional elegida no causa el olvido del evento, ya que este proceso no actúa sobre la memoria autobiográfica, únicamente lo hace sobre los esquemas emocionales que fueron formados en el momento en el que el evento ocurrió (Ecker et al., 2012).

La reconsolidación de la memoria es considerada actualmente como el único mecanismo de la neuroplasticidad cerebral que permite el borrado o modificación permanente de un conocimiento inconsciente de una memoria emocional determinada. Desde el 2005, Ecker se ha dedicado a explicar el fenómeno de la efectividad de la terapia de la coherencia mediante el proceso de reconsolidación de la memoria e integrar la neurociencia y la psicoterapia con el objetivo de crear un marco teórico que permita el desempeño de una terapia efectiva independientemente de un modelo teórico concreto. En tres artículos publicados entre 2007 y 2009 en la revista de psicología constructivista (*Journal of Constructivist Psychology*) y en el libro *Reconsolidación de la memoria: desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia* (*Unlocking the emotional brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*), en 2012, Ecker y sus colaboradores describen las implicaciones de los avances en neurociencia para la psicoterapia y argumentan que el constructivismo es el paradigma adecuado para introducir estos avances en la práctica clínica. La terapia de la coherencia se plantea como un método apropiado, aunque no el único que cumple con estos objetivos (Ecker et al., 2012; Toomey y Ecker, 2007). A continuación ofrecemos una mirada más cercana sobre este enfoque.

## Los supuestos de la terapia de la coherencia y su metodología

La base de la terapia de Ecker y Hulley es el ya mencionado principio de la coherencia del síntoma. Este supuesto no es ni nuevo ni original, ya en el pasado fue resaltado por Jung, Watzlawick o Satir; y las posibles asociaciones con el concepto de funcionalidad del síntoma son legítimas (Toomey y Ecker, 2007). La contribución de los creadores de la terapia de la coherencia recae en la visión de esta idea de manera constructivista, no patologizante que se desarrolla alrededor de un sistema terapéutico claro, el cual según los autores hace posible el aumento de la efectividad de la psicoterapia. En otras palabras, toda la metodología de la terapia de la coherencia está construida alrededor del principio de la coherencia del síntoma. Ecker y Hulley (1996) ponen especial atención al hecho de que los seres humanos necesitan narrativas convincentes no solo a nivel consciente (enfatizado por muchas escuelas terapéuticas), pero también a nivel de construcciones inconscientes. El síntoma es percibido como negativo para la persona y los que le rodean; sin embargo, es compatible con al menos un esquema adaptativo de la realidad, codificado en la memoria implícita en un momento concreto de la vida. Si las anticipaciones que resultan de este esquema permitieron al individuo adaptarse mejor a su contexto en el pasado, estas pueden estar activas en el presente hasta el momento en que son descubiertas, integradas en el nivel consciente y reconstruidas. En otras palabras, tan pronto como dejen de existir construcciones de la realidad que requieran del síntoma, la persona dejará de producirlo (Ecker y Hulley, 2011).

Los creadores de la terapia de la coherencia manifiestan que llegar a conocer las construcciones inconscientes no debe tomar muchas sesiones, porque están bien definidas y continuamente activas, lo que significa que están disponibles y pueden ser transformadas desde el inicio del proceso terapéutico. Una condición que es necesaria para conseguir estos efectos es el trabajo experiencial, el cual tiene como objetivo descubrir el esquema que necesita de la presencia del síntoma, no mediante la contraposición

que será la presunción inicial del cliente —un deseo natural de deshacerse del problema. Ecker y Hulley definen esta postura como la posición anti-síntoma. Como fue mencionado anteriormente, permanecer en esta posición no otorga ningún control sobre el síntoma y no permite una transformación duradera del material inconsciente lo que termina en frustración para el cliente (y en ocasiones para el terapeuta). La terapia de la coherencia sostiene que el cliente recobra el sentido de agencia cuando toma la posición pro-síntoma. Por lo tanto, el terapeuta evita cualquier práctica que pueda contraponerse al síntoma y guía al cliente hacia un descubrimiento experiencial de las construcciones inconscientes que lo mantienen (Ecker y Hulley, 1996). Esta guía adopta el enfoque de *actitud crédula* propuesta por Kelly (1955/1991), lo que significa estar abiertos y aceptar las construcciones subjetivas de la realidad del cliente y en consecuencia no imponer las interpretaciones propias del terapeuta. El trabajo experiencial excluye también el análisis del problema exclusivamente a nivel cognitivo —en lugar de hablar acerca del problema el terapeuta sugiere experimentar la realidad emocional relacionada con el mismo. Por consiguiente, un insight cognitivo no provoca el entendimiento del material inconsciente— experimentar este material es lo que promueve tal *insight*. El terapeuta conduce al cliente a través del proceso terapéutico y al mismo tiempo sigue de forma cautelosa los descubrimientos que hace la persona, sin añadir sus propias interpretaciones.

Ecker y Hulley (2011) ofrecen un conjunto de técnicas (algunas de ellas originales, otras ajustadas a las necesidades del proceso terapéutico) las cuales ayudan a conseguir los objetivos planteados anteriormente. Al mismo tiempo enfatizan la necesidad de acercarse a las necesidades individuales de cada cliente y la libertad para que el terapeuta elija los métodos siempre y cuando sean experienciales y cumplan con los supuestos de la TC. Los autores definen de manera muy concreta cuáles son los pasos intermedios y los objetivos que el terapeuta debe alcanzar con el fin de establecer que la terapia sea efectiva, pero la forma de conseguirlos (en su mayoría) depende del terapeuta —Ecker utiliza la metáfora del

mapa— conocemos el punto final, pero somos libres para escoger la manera de llegar allí (Ecker y Hulley, 2011).

Demos un vistazo de lo que es la posición pro-síntoma (llamada también la verdad emocional del síntoma) la cual consiste en dos elementos: el primero es la memoria emocional, somática o perceptual de la experiencia original —puede ser por ejemplo una sensación de aislamiento o rechazo que se produce cada vez que la persona es injustamente evaluada por su padre por un error cometido en la niñez. El segundo elemento es el modelo del problema y su solución. El problema en este caso es el peligro a ser criticado o rechazado si se comete el más mínimo error. La solución recae sobre un amplio rango de conductas que pueden ser contrapuestas en muchos enfoques terapéuticos desde la posición anti-síntoma: el perfeccionismo, falta de asertividad, incapacidad de tomar decisiones, procrastinación, ansiedad paralizante, etc. Sin embargo, los creadores de la TC recalcan que tales soluciones son adaptativas y sirven para evitar un sufrimiento incluso peor que el causado por el síntoma (Ecker et al., 2012). Es válido mencionar aquí que el síntoma en ocasiones no tiene la función de una solución, pero es derivado de construir un esquema adaptativo determinado. Este puede ser el caso por ejemplo de un aislamiento proveniente de la ansiedad que por sí misma puede ser adaptativa (Ecker y Hulley, 2011).

En conclusión, la terapia de la coherencia, similar a los enfoques psicodinámicos subraya la importancia de las construcciones inconscientes. Sin embargo, estas no son vistas a través de planteamientos teóricos patologizantes y la herramienta que permite su descubrimiento no es la interpretación, definitivamente evitada en el enfoque descrito. El descubrimiento de la posición pro-síntoma no ocurre por medio del análisis cognitivo o psicoeducativo que pondría al terapeuta en el rol de “experto” como lo hace la terapia cognitivo conductual. Los síntomas no son tratados como resultantes de errores cognitivos que deben ser corregidos debido a su irracionalidad o disfuncionalidad, sino como elecciones personales (inconscientes, pero adaptativas). Las acciones correctoras son evitadas ya que la contraposición del síntoma, típica de las terapias cog-

nitivas tradicionales, es contradictoria al principio de la coherencia del síntoma y, según Ecker y colaboradores (2012), no elimina el síntoma. La posición directiva del terapeuta sólo se considera a través de ser un guía en el proceso de experimentar, integrar y cambiar las construcciones subjetivas de la realidad, las cuales no han sido manifestadas a nivel consciente anteriormente. De este modo, similar a otras terapias constructivistas, el terapeuta y el cliente se fijan juntos en la reconstrucción de la realidad idiosincrática que permitirá la resolución de los conflictos existentes sin amenazar a las construcciones que son importantes para la identidad del cliente. La terapia de la coherencia, como otros enfoques experienciales contemporáneos (por ejemplo, la terapia centrada en las emociones de Greenberg), asume que el cambio terapéutico, para ser duradero, tiene que estar anclado a la experiencia emocional. Esta postura es compartida también por los constructivistas contemporáneos (Neimeyer, 1993) y la efectividad de la mayoría de los métodos experienciales usados en el enfoque de Ecker y Hulley han sido confirmados empíricamente (Elliott et al., 2003).

## El proceso terapéutico

Como se ha mencionado, la terapia de la coherencia pretende guiar a los clientes a través de etapas concretas que hacen posible el proceso de reconsolidación de la memoria. Ecker et al. (2012) trasladan el proceso explicado por la neurociencia al ambiente clínico y presentan un marco metodológico que puede ser, según ellos, identificado no solamente en la terapia de la coherencia, sino también en otros enfoques experienciales, por ejemplo en la terapia centrada en las emociones, desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (*eye movement desensitization and reprocessing* - EMDR) o psicoterapia dinámica experiencial acelerada (*accelerated experiential dynamic psychotherapy* - AEDP). Los autores de *Unlocking the Emotional Brain* notaron que las escuelas mencionadas promueven la reconsolidación de la memoria a pesar de diferenciarse de la terapia de la coherencia. Partiendo de este hecho, es posible afirmar que este procedimiento puede ser

conducido efectivamente por otros enfoques, siempre y cuando el terapeuta trate de llevarlo a cabo de manera consciente y competente. Con esto, los fundadores de la terapia de la coherencia muestran un posible camino para la integración en psicoterapia que se basa en el proceso que necesita el cerebro para conseguir un cambio duradero, en lugar de fundamentarse en supuestos teóricos y técnicos (Ecker et al., 2012).

Ecker afirma que el proceso universal de reconsolidación en terapia debería consistir en tres etapas (descubrimiento con integración de las construcciones del inconsciente, sus transformaciones y verificación del cambio), divididas en pasos específicos, definidos como A, B, C, 1, 2, 3, V (Ecker, et al., 2012). Abordemos este proceso mediante el análisis de un estudio de caso simplificado de un hombre de 33 años llamado Jorge que acude a terapia quejándose de unos síntomas elevados de hipocondría acompañados de ansiedad y un estado de ánimo depresivo. Los síntomas aparecieron por primera vez hace unos meses y últimamente han llegado a un nivel insoportable. Jorge cuenta que en el pasado nunca había sufrido de hipocondría, aunque admite que siempre ha sido una persona bastante preocupada y durante algunos años tenía miedo a volar en avión, pero pudo superar este problema. El terapeuta se muestra empático y valida el deseo de Jorge de dejar a un lado el síntoma, pero desde el inicio intenta guiarle a descubrir la posición prosintoma. El primer paso (paso A) es definir el síntoma—a partir de indagar cuándo y cómo aparece el problema y cuál es el significado que se le ha otorgado. Para poder hacer esto, el terapeuta pide al paciente que vuelva a una situación reciente en la que la hipocondría lo molestó especialmente y que la describa detalladamente (a lo mejor con ojos cerrados) como si estuviera ocurriendo en el presente, incluyendo las sensaciones fisiológicas, emociones y pensamientos que aparecen en su mente al ir relatando tal situación. El uso de técnicas experienciales (en lugar de analizar el problema a nivel cognitivo) concede al terapeuta información acerca de los pensamientos y emociones específicas del cliente. Jorge dice que en tales situaciones se siente desesperado y muy preocupado por su estado de salud. Se fija totalmente en el problema

actual que le preocupa y le produce la ansiedad (por ejemplo, la posibilidad de tener un cáncer de estómago), así intenta resolverlo buscando un diagnóstico a través de visitas a varios médicos y búsqueda de información en libros e Internet. Después de conseguir una descripción detallada del síntoma, podemos pasar al siguiente paso.

En el paso B el interés del terapeuta se centra en la posición pro-síntoma. El terapeuta tiene que guiar al cliente a contestar la pregunta acerca de cuáles son las construcciones inconscientes que hacen necesario el síntoma. Una de las opciones sugeridas por Ecker y Hulley (1996) para poder alcanzar este objetivo es usar la técnica de deprivación del síntoma. Esta consiste en guiar al cliente a través de una situación en la que el síntoma haya aparecido (con todos los detalles posibles), quitando de esta situación el síntoma, es decir experimentar la situación sin el síntoma. En el ejercicio terapéutico, el cliente experimenta exactamente la misma secuencia como si estuviera pasando en el presente, pero en el momento en el que en la situación original apareció el sentimiento de ansiedad y preocupación relacionada con su salud se le invita a experimentar como le hubiese gustado sentirse, por ejemplo relajado y animado. El cliente tiene que sentir este estado de forma auténtica, por eso se pone mucho énfasis en guiarlo a través de la situación de una manera vivencial. Esta técnica está basada en el postulado de que si el síntoma es necesario, su eliminación activará sentimientos negativos específicos (resultado de la posición pro-síntoma) que son evitados gracias a la presencia del síntoma. Cuando el cliente empieza a sentir las emociones negativas, el terapeuta lo guía hacia la verbalización de lo descubierto. Jorge, al ser privado de su síntoma, siente que no debería estar relajado y gozar de una vida sin ansiedad, que algo no está bien en vivir así. El terapeuta le ayuda a verbalizar el material descubierto hasta este momento y sugiere apuntarlo en una frase que se construye conjuntamente: “Si estoy relajado y gozo de una vida sin ansiedad, algo no está bien. Sé que no debería vivir de esta manera”. El terapeuta apunta esta frase en una tarjeta y la entrega a Jorge para que este la lea en voz alta y conecte con las emociones que surgen de esta

actividad. El terapeuta le pide que cierre los ojos y se quede con estas sensaciones para descubrir la razón profunda de no poder estar relajado y tranquilo. Gracias a profundizar esta experiencia es posible reconocer constructos de orden superior que definen las reglas de organización de la realidad. Así Jorge llega a descubrir algo de lo que no ha sido consciente hasta ahora: si está relajado y disfruta la vida, seguro que pasará algo que lo estropeará. La frase apuntada en la segunda tarjeta explica esta verdad emocional de una manera muy clara: “Si estoy relajado y vivo tranquilo, seguro pasará algo horrible—alguna catástrofe que lo destrozará todo, pues mejor estar preparado y así evitarlo—preocuparse en vez de mentirse a uno mismo pensando que la vida es fácil”. De esta manera el cliente descubre que la hipocondría y la ansiedad en general son sus maneras para evitar esta catástrofe tan temida. Al buscar los orígenes de esta construcción adaptativa, se llega a conocer que los padres del cliente son personas que siempre se han preocupado excesivamente por cualquier aspecto de la vida familiar. Especialmente el padre, al parecer, le inculcó al cliente que uno siempre tiene que pensar en el futuro, prepararse para lo peor y nunca “bajar la guardia”. En esta familia el mundo exterior es entendido como algo hostil, lleno de peligro y desgracias que le pueden pasar a uno si no está atento —esta es la definición del problema a partir de la posición pro-síntoma del cliente. La solución es estar ansioso—siempre preocupado y preparado para lo peor, también en cuanto a la salud (de aquí viene la hipocondría). El descubrimiento de este esquema explica la imposibilidad de vivir en concordancia con la posición anti-síntoma (ser una persona tranquila, relajada). Por lo tanto, el cliente permanece en el estado actual, indeseado pero adaptativo desde su perspectiva. La construcción descubierta tiene que ser integrada a nivel consciente, para lograrlo se usan técnicas que permiten que ambas posiciones sean experimentadas en el mismo nivel de atención, tanto en la sesión como fuera de ella.

En el paso C se necesita identificar el conocimiento que pueda contradecir la construcción descubierta. En el caso de Jorge encontramos varios hechos de su vida que se oponen a esta construcción tan bien arraigada. Su hermana no es una persona ansiosa y nunca le ha pasado

nada malo, es más—disfruta de su vida y parece ser feliz. Lo mismo puede decir Jorge de algunos amigos cercanos. A su padre, en cambio, no le ha ayudado mucho esta actitud porque por estar siempre preocupado no ha tenido una vida muy interesante. Además, su seguridad al fin y al cabo parece algo frágil—Jorge llega a la conclusión que aunque uno se preocupe mucho, nunca podrá estar 100% seguro de que no le pasará nada malo. De esta manera se ha descubierto el conocimiento que podría contradecir a las construcciones que gobiernan la realidad subjetiva del cliente.

La siguiente etapa es crucial para la terapia de la coherencia. En la fase de transformación se produce el proceso de la reconsolidación de la memoria. En el paso 1 se reactiva el esquema que tenemos como objetivo—se pide al cliente que vuelva de manera experiencial a la situación en la cual usualmente toma la posición pro-síntoma, o sea se pone ansioso y/o hipocondríaco. Seguidamente (paso 2) el terapeuta, en el mismo campo de atención, de una manera completamente imparcial, pide al cliente que imagine el nuevo conocimiento que es contradictorio—que se imagine a su hermana que es una persona relajada y no le pasa nada, que mire a sus amigos y al padre que no es feliz siguiendo la pauta pro-síntoma. Esto conduce a que el engrama de la memoria donde se ha codificado la construcción en cuestión se vuelva lábil y la ventana de reconsolidación se abra. Ecker denominó experiencia de yuxtaposición a la experiencia simultánea del conocimiento cimentado en el inconsciente, las construcciones descubiertas y el conocimiento que las contradice directamente o que es muy distinto de ellas. Esta experiencia se basa en el supuesto de que el cerebro permite que existan dos construcciones contradictorias siempre y cuando ellas no sean experimentadas en el mismo campo de atención y al mismo tiempo. Cuando esto pasa, el cerebro tiene que hacer una elección porque estas construcciones no pueden ser ambas verdaderas ya que se contradicen entre ellas al mismo tiempo. La construcción original es cambiada o actualizada por la nueva que reconstruye la realidad del cliente, como resultado cesan los síntomas (Ecker y Toomey, 2008). A fin de que esto ocurra, el

terapeuta debe repetir la experiencia de yuxtaposición algunas veces. Para esto (paso 3) se guía al cliente de manera alternada a través del conocimiento original (Jorge debe imaginarse de nuevo la posición pro-síntoma y lo que esta significa para él) y el nuevo conocimiento (imaginarse otra vez todas o algunas de las contradicciones encontradas) debido a esta “disonancia experiencial” específica, el cambio esperado puede ocurrir (Ecker et al., 2012).

De este modo, Jorge (o más bien su mente inconsciente) elige la nueva “verdad”, que en este momento vital es más adaptativa. La última fase del proceso es la etapa de verificación (paso V) descrita anteriormente (el terapeuta activa nuevamente el esquema diana y observa la reacción del cliente). En el caso de Jorge el nuevo nivel de conciencia permite la aparición de la tristeza por haber vivido tantos años guiado por una visión del mundo que no le dejaba gozar de su vida, lo cual tiene que ser trabajado, pero ahora ya nada le impide comenzar a sentirse bien consigo mismo y disfrutar plenamente del presente, sin perder el lado bueno que tiene el ser responsable y organizado. Ahora, después de la reconstrucción de la realidad emocional, la hipocondría ya no tiene una función para él.

## **Estado actual y el futuro de la terapia de la coherencia**

La terapia de la coherencia es bastante popular en Norte América donde ha sido incluida en los programas de entrenamiento de la Asociación Americana de Psicología (APA). El interés también ha aumentado en Europa y Australia. En cuanto a las confirmaciones empíricas de su efectividad, existe hasta ahora únicamente un ensayo controlado aleatorio. La eficacia de la terapia de la coherencia para la procrastinación y el perfeccionismo ( $n = 18$ ) fue evaluada en comparación a una intervención estructurada de biblioterapia ( $n = 19$ ). Los resultados indicaron que el grupo que recibió TC superó al grupo de biblioterapia en cuanto a la reducción del perfeccionismo (aunque con tamaño efecto modesto), sin embargo, estas diferencias no se

evidenciaron con respecto a las medidas de procrastinación (Rice, Neimeyer y Taylor, 2011). Si bien esta investigación mostró resultados positivos en cuanto a la reducción del perfeccionismo, hay que considerar sus limitaciones (muestra pequeña y el tipo de grupo control). La falta de otros «ensayos controlados aleatorizados» no han permitido valorar la eficacia de la TC.

El mismo Ecker admite que se necesita más investigación para confirmar la eficacia de su enfoque. Sin embargo, es partidario más bien de la investigación cualitativa que de la cuantitativa; ya que la última, según él, especialmente en ensayos controlados aleatorios, no presta suficiente atención a los casos exitosos donde el factor de cambio específico de una experiencia emocional correctiva tiene un papel primordial para la efectividad de la terapia (Ecker et al., 2012; Ecker, 2013). Con este postulado, Ecker y sus colaboradores sugieren prestar más atención a la definición de factores específicos en vez de satisfacerse con lo definido hasta ahora dentro de la teoría de los factores no específicos. Ellos creen que el proceso terapéutico de la reconsolidación de la memoria es el factor crucial para la explicación de la alta efectividad de la terapia de la coherencia e indican la importancia de seguir investigando este proceso y su ocurrencia en la consulta terapéutica (Ecker, 2013). Por otro lado, el uso de fMRI antes, durante y después del proceso de la terapia de la coherencia y otro enfoque elegido que esté basado en la contraposición del síntoma, posiblemente permitiría a los investigadores definir las diferencias entre ellas a nivel del sistema nervioso y confirmar la hipótesis acerca de que el enfoque de los psicólogos californianos promueve la reconsolidación de la memoria (Ecker y Toomey, 2008).

La terapia de la coherencia, desde una visión constructivista de entender la psicoterapia (Ecker y Hulley, 1996; Jasiński y Feixas, 2015; Toomey y Ecker, 2007), sin duda integra de una forma interesante lo que ha sido efectivo en la práctica clínica, con lo confirmado por la neurociencia contemporánea. Por un lado la facilitación de una experiencia emocional, bloqueada anteriormente, junto con la reflexión

consciente del significado que se ha descubierto a través de esta experiencia (Baikie y Wilhelm, 2005; Elliott et al., 2003; Greenberg, Warwar y Malcolm, 2008; Pennebaker, 1997). Mientras que, por otro lado, permite la posibilidad de cambiar, a través del proceso de reconsolidación, los engramas de memoria anteriormente consolidados (Schiller et al., 2010; Walker et al., 2003; Xue et al., 2012). Definitivamente mayor investigación en el tema ayudaría a promover este enfoque tan prometedor. Ecker y sus colaboradores enfatizan que la reconsolidación de la memoria ocurre, más o menos accidentalmente, en muchos enfoques terapéuticos. Sus contribuciones recaen en proponer un tipo de psicoterapia que puede cambiar la aleatoriedad en la regla. En sus escritos (Ecker et al., 2012), indican la efectividad de la terapia de la coherencia sobre un amplio espectro de problemas psicológicos, admitiendo al mismo tiempo que esta puede no ser una buena opción en casos graves de trastornos de personalidad, bipolaridad o trastornos psicóticos. Tampoco se recomienda su uso con individuos que presenten síntomas que tienen sus raíces no en construcciones inconscientes adaptativas, sino en irregularidades biológicas (como depresión resultante del hipertiroidismo) genéticas u neuronales o en un daño orgánico (Ecker et al., 2012; Ecker y Toomey, 2008). Cuando se trata de clientes con síntomas acuciantes (por ejemplo, ataques de pánico frecuentes o niveles extremos de ansiedad) se podría necesitar algo de ayuda para reducir la intensidad del síntoma antes de involucrarse en un proceso de terapia de la coherencia. En ocasiones, los terapeutas que trabajan con este enfoque pueden encontrar dificultades al momento de enfrentar a los clientes con, el a menudo complicado, material inconsciente, especialmente si la persona que se presenta en su oficina prefiere focalizarse en las cosas positivas y olvidarse del problema. En tales casos es valioso explicar al cliente como funciona la terapia de la coherencia y entonces invitarlo a enfrentarse a las construcciones que se encuentran detrás del síntoma de forma vivencial. Muchas premisas indican que esta forma de actuar puede otorgar al cliente una satisfacción más duradera.

## Referencias

- Baikie, K. A. y Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.11.5.338>
- Bateson, G. (1951). Information and codification: A philosophical approach. En J. Ruesch y G. Bateson (Eds.), *Communication: The social matrix of psychiatry* (pp. 168-211). New York: Norton.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Ecker, B. (2013). Nonspecific common factors theory meets memory reconsolidation: A game-changing encounter? *The Neuropsychotherapist*, 2, 134-137.
- Ecker, B. y Hulley, L. (1996). *Depth-Oriented brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ecker, B. y Hulley, L. (2011). *Coherence therapy manual and training guide*. Oakland: Coherence Psychology Institute.
- Ecker, B. y Toomey, B. (2008). Depotentiation of symptom-producing implicit memory in Coherence Therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(87), 87-150. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530701853685>
- Ecker, B., Ticic, R. y Hulley, L. (2012). *Unlocking the emotional brain*. New York: Routledge.
- Elliott R. K., Greenberg L. S. y Lietaer G. (2003). Research on experiential psychotherapies. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 493-539). New York: Wiley.
- Foerster H., von (1973). On constructing a reality. En F. E. Preiser (Ed.), *Environmental design research* (pp. 35-46). Stroudsburg: Dowden, Hutchinson, & Ross.
- Greenberg, L. S., Warwar, S. H. y Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 185-196. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185>
- Jasiński, M. y Feixas, G. (2015, julio). Coherence therapy and its place on the constructivist landscape. Comunicación presentada en el *XXI Congreso Internacional de Psicología de los Constructos Personales*. Hatfield: Universidad de Hertfordshire. Recuperado de [http://prezi.com/mm8kjjwwbuyl/?utm\\_campaign=share&utm\\_medium=copy&rc=ex0share](http://prezi.com/mm8kjjwwbuyl/?utm_campaign=share&utm_medium=copy&rc=ex0share).
- Jung, C. G. (1964). *Man and his symbols*. Garden City, New York: Doubleday.
- Kelly, G. A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1969). Man's construction of his alternatives. En B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: the selected papers of George Kelly* (pp. 66-93). New York: Wiley.
- LeDoux, J. E., Romanski, L. y Xagoraris, A. (1989). Indelibility of subcortical emotional memories. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1, 238-243. <http://dx.doi.org/10.1162/jocn.1989.1.3.238>
- Mahoney, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35. <http://dx.doi.org/10.1080/10720538808412762>
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Maturana, H. y Varela, F (1987). *The tree of knowledge*. Boston: New Science Library.

- Nader, K. (2013). The discovery of memory reconsolidation. En C. M. Alberini (Ed.), *Memory Reconsolidation*. New York: Academic Press.
- Nader, K., Schafe, G. E. y LeDoux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, 406, 722-726. <http://dx.doi.org/10.1038/35021052>
- Neimeyer R. A. (2009). *Constructivist Psychotherapy*. New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A., Burke, L., Mackay, M. y Stringer, J. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 73-83. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 221-234. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.221>
- Oyarzún, J. P., Lopez-Barroso, D., Fuentemilla, L., Cucurell, D., Pedraza, C., Rodriguez-Fornells, A. y de Diego-Balaguer, R. (2012). Updating fearful memories with extinction training during reconsolidation: a human study using auditory aversive stimuli. *PLoS ONE*, 7, e38849. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0038849>
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotion*. New York: Guilford Press.
- Phelps, E. A. y Schiller, D. (2013). Reconsolidation in humans. En C. M. Alberini (Ed.), *Memory Reconsolidation*. New York: Academic Press.
- Rice, K. G., Neimeyer, G. J. y Taylor, J. M. (2011). Efficacy of Coherence Therapy in the Treatment of Procrastination and Perfectionism. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 2(2), 126-136. <http://dx.doi.org/10.1177/2150137811417975>
- Schiller, D., Monfils, M. H., Raio, C. M., Johnson, D. F., LeDoux, J. E. y Phelps, E. A. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature*, 463, 49-53. <http://dx.doi.org/10.1038/nature08637>
- Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis. An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-283. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530125965>
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2011). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Toomey, B. y Ecker, B. (2007). Of neurons and knowings: Constructivism, coherence psychology, and their neurodynamic substrates. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(3), 201-245. <http://dx.doi.org/10.1080/10720530701347860>
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications,
- Von Glaserfeld, E. (1984). An introduction to radical constructivism. En P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality: How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism* (pp. 17-40). New York: Norton.
- Von Glaserfeld, E. (1989). Constructivism in Education. En T. Husen y T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (Vol 1, Suppl. 2, pp. 162-163). Oxford: Pergamon Press.
- Walker, M., P., Brakefield, T., Hobson, J. A. y Stickgold, R. (2003). Dissociable stages of human memory consolidation and reconsolidation. *Nature*, 425, 616-620. <http://dx.doi.org/10.1038/nature01930>
- Watzlawick, P. (1976). *How real is real? Confusion, disinformation, communication*. New York: Random House.

White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Xue, Y.-X., Luo, Y.-X., Wu, P., Shi, H.-S., Xue, L.-F., Chen, C., ... y Lu, L. (2012). A memory retrieval-extinction procedure to prevent drug craving and relapse. *Science*, 336, 241-245.  
<http://dx.doi.org/10.1126/science.1215070>

## RENDIMIENTO DE LOS TITULADOS EN PSICOLOGÍA EN LAS PRUEBAS DE ACCESO AL PIR

## PERFORMANCE OF GRADUATES IN THE INTERNSHIP IN CLINICAL PSYCHOLOGY ENTRANCE EXAMS

EVA EXPÓSITO-CASAS<sup>1</sup>, ANA GONZÁLEZ-BENITO<sup>1</sup>,  
ESTHER LÓPEZ-MARTÍN<sup>1</sup> Y ALEXIS MORENO-PULIDO<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Expósito-Casas, E., González-Benito, A., López-Martín, E. y Moreno-Pulido, A. (2016). Rendimiento de los titulados en Psicología en las pruebas de acceso al PIR [Performance of graduates in the Internship in Clinical Psychology entrance exams]. *Acción Psicológica*, 13(1), 145-158. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17429>

### Resumen

Entre las titulaciones más demandadas por parte de los futuros estudiantes universitarios, figura el Grado en Psicología. Este interés ha traído consigo un incremento de la oferta de plazas en los últimos años, tanto en universidades públicas como privadas, y, consecuentemente, un aumento del número de egresados con dicho perfil académico/profesional. Dentro de las posibles salidas profesionales de estos titulados, se encuentra el acceso al Sistema Nacional de Salud. Para ello, los candidatos deben superar previamente las pruebas selectivas de acceso a plazas de formación

sanitaria especializada, tras lo cual, aquellos que obtienen plaza, se incorporan al sistema de formación de posgrado en régimen de residencia (Psicólogo Interno Residente - PIR-). El presente trabajo analiza el rendimiento de los egresados de las distintas Facultades de Psicología españolas en las pruebas de acceso al Sistema Nacional de Salud durante el periodo 2013-2016, y las posibles diferencias en función de variables como el tamaño o la titularidad de las universidades. El carácter nacional de la convocatoria y la objetividad de las pruebas, hacen posible evaluar el impacto educativo y laboral de estas instituciones, incorporando al enfoque de la rendición de cuentas una dimensión social.

**Correspondencia:** Eva Expósito-Casas. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación II. Facultad de Educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

**Email:** evaexpositocasas@edu.uned.es

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

Recibido: 23 de marzo de 2016.

Aceptado: 12 de mayo de 2016.

**Palabras clave:** universidades españolas; impacto educativo; rendimiento académico; estudios universitarios; Psicólogo Interno Residente; responsabilidad social.

## Abstract

The university degree in Psychology is one of the most popular among prospective university students. As a result, Spanish public and private universities have increased the amount of places and the number of university graduates in Psychology. Access to the National Health System is one professional possibility for these graduates. Applicants must pass an exam to obtain an Internship in Clinical Psychology at the National Health System. This paper analyses the graduate's exam performance during the period 2013-2016, and also possible differences depending on the size or the ownership of their universities of origin. The objectivity of the national call makes it possible to evaluate the educational and labor impact of universities in society. This perspective incorporates a social dimension to the accountability approach.

**Keywords:** Spanish universities; impact of education; academic achievement; university studies; Internship in Clinical Psychology; social responsibility.

## Introducción

De acuerdo con las estadísticas de Universidades Centros y Titulaciones, elaboradas por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECyD), la titulación de Psicología presenta una alta demanda. Así, en el curso académico 2015-2016, el porcentaje de preferencia por la titulación (tasa de solicitud del título en primera opción) se situó en el 250 %, a nivel nacional, alcanzando un valor máximo del 680 % en la comunidad autónoma de Extremadura. Asimismo, en dicho curso, la nota me-

dia para acceder a la titulación fue de 7.78 puntos, ofertándose más de 5000 plazas. Estas cifras ponen de manifiesto que la solicitud de estos estudios supera considerablemente la oferta de las universidades.

En respuesta al interés por la titulación, se ha producido un incremento de la oferta formativa, fundamentalmente por parte de las universidades privadas, con el consiguiente crecimiento del número de egresados con este perfil académico/profesional (González-Bach, 2015). Sin embargo, la atención de las universidades a la demanda de los estudiantes, parece no estar en equilibrio con las necesidades del mercado laboral. De esta forma, el MECyD y la Conferencia de Consejos Sociales (2014), informan de que, en el año 2014, la tasa de afiliación a la Seguridad Social de los estudiantes en Psicología que se graduaron en el curso académico 2009-2010, era del 60.8 %, es decir, aproximadamente cuatro puntos porcentuales por debajo de la media nacional para el conjunto de las titulaciones (64.4 %), y muy alejada del porcentaje relativo a otras profesiones sanitarias como Medicina (92.9 %) y Farmacia (81.4 %).

Los problemas de ocupación de los especialistas en Psicología contrastan con las necesidades de atención psicológica por parte de la población; tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (2014), para mejorar los servicios de salud mental se deben superar algunos obstáculos, entre los que se encuentra la escasez de recursos humanos. En el mismo sentido se pronuncia el Consejo General de la Psicología (COP), que manifiesta que en España la atención primaria cuenta con 4.3 psicólogos por cada 100 000 habitantes, muy por debajo de la media europea que se sitúa en 18 psicólogos por cada 100 000 habitantes (COP, 2015).

En España, la creación del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, regulado por el Real Decreto 2490/1998<sup>2</sup>, dio respuesta a la voluntad de atender las necesidades del sistema sanitario en el ámbito de

<sup>2</sup> Derogado por el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

la salud mental. El sistema de obtención de este título, emula el establecido para los títulos de Médico y Farmacéutico Especialista, que persiguen asegurar:

el alto nivel profesional de quienes desarrollan su actividad en el ámbito de la atención sanitaria y, con ello, un elevado índice de calidad de los centros, servicios y profesionales a los que corresponde hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que proclama el artículo 43 de la constitución (Real Decreto 2490/1998 pp. 39538-39539).

Los titulados en Psicología que aspiren a obtener el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica deben concurrir a las convocatorias de las pruebas selectivas reguladas por el artículo 22.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. En esta normativa se establece que el “acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional” (BOE núm. 280, 22 de noviembre de 2003, p. 41450). A su vez, en el apartado 2 del citado artículo, modificado por la disposición adicional 2.1 del Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, se indica que será el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, previo informe del Ministerio de Educación y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), el organismo encargado de establecer las normas que regulen la convocatoria anual “que consistirá en una prueba o conjunto de pruebas, que evaluarán conocimientos teóricos, prácticos y, en su caso, habilidades clínicas, comunicativas y méritos académicos y profesionales de los aspirantes” (BOE núm. 200, 20 de agosto de 2011, p. 93164). Los candidatos que obtienen una plaza en el sistema de formación de posgrado en régimen de residencia (Psicólogo Interno Residente -PIR-), conseguirán el título al finalizar satisfactoriamente este periodo de formación (Carrobles, 2012).

Tal y como puede observarse, el SNS proporciona una salida profesional a los egresados universitarios del campo de la Psicología Clínica y, a su vez, las universidades ven cumplidas sus misiones educadora y social a través de su contribución a dicho sistema. Esta aportación de las instituciones de educación superior se enmarca dentro del contexto de la rendición de cuentas.

La rendición de cuentas lleva implícito un compromiso de responsabilidad de cualquier organización hacia la sociedad en la que residen sus objetivos, e implica transparencia en la información relativa a la consecución de los fines marcados y en la forma en que se ha conseguido ese cumplimiento (CRUE, 2005). A su vez, la rendición de cuentas se incluye dentro de la responsabilidad social de las universidades (RSU) y de la necesidad de que las universidades informen del impacto de sus actividades, a fin de poner en valor su legitimidad social frente a la comunidad (Dill, 2001; Garde Sánchez, Rodríguez Bolívar y López-Hernández, 2013; Larrán-Jorge y Andrades-Peña, 2015; Pacenza y Silva, 2013; Ramallo, 2015).

En el ámbito de este trabajo, los resultados obtenidos por los estudiantes de Psicología que se presentan a las pruebas de acceso al SNS, se considera un indicador de la calidad de la enseñanza recibida y del impacto de esta formación en la sociedad. Por ello, en el presente estudio se analiza el rendimiento de los titulados de las distintas universidades españolas que imparten el Grado en Psicología en las pruebas selectivas de acceso a la formación sanitaria especializada del SNS. Asimismo, este trabajo evalúa el impacto educativo y laboral de tales universidades, incorporando al enfoque de la rendición de cuentas una dimensión social. Cabe señalar que la RSU de las instituciones analizadas, no se limita a la contribución relativa al SNS, pues las dimensiones en las que se podría estructurar dicha responsabilidad social abarcarían un espectro mucho mayor, que excede los objetivos de esta propuesta. No obstante, desde esta contribución, se plantea la utilización de una variable de gran utilidad a tales efectos: los resultados en las pruebas de selección de candidatos a ocupar plazas de Psicólogo Interno Residente (PIR), cuyo carácter objetivo, periódico y global, vinculado estrechamente con una función social, pone de manifiesto su posible utilidad informativa.

## Método

El diseño de este estudio es de carácter cuantitativo, no experimental, con una aproximación descriptiva a datos secundarios procedentes del Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad. Estos datos hacen referencia al número de estudiantes que han superado la nota de corte en las pruebas de selección de candidatos a ocupar plazas de Psicólogo Interno Residente (PIR) en las convocatorias 2013-2014, 2014-2015 y 2015-2016, así como el total de candidatos presentados a examen en las convocatorias mencionadas.

### **Población y muestra**

La población objeto de estudio está constituida por los 10107 estudiantes que se han presentado a las pruebas referidas en el periodo objeto de estudio. En la Tabla 1 se muestran dichos sujetos agrupados de acuerdo con la universidad de origen.

En total se contemplan 40 universidades públicas y privadas, que ofrecen la titulación de Psicología en la modalidad presencial y a distancia. El resto de universidades que imparten estos estudios en España (ocho de titularidad privada y una de titularidad pública) no han sido consideradas, ya que ningún estudiante de estas instituciones se ha presentado a las pruebas selectivas para el acceso al SNS.

### **Variables**

La puntuación en la prueba selectiva, se estima a partir de la respuesta de los candidatos a una prueba de opción múltiple compuesta por 225 reactivos (más 10 preguntas de reserva) y limitada a 5 horas de duración, características comunes a las tres convocatorias analizadas (Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre;

Tabla 1

*Distribución de los sujetos que forman parte de la muestra en función de la titularidad y la modalidad de enseñanza de la universidad de origen*

	Universidades Públicas		Universidades Privadas	
	Presentados	Instituciones	Presentados	Instituciones
Presencial	7790 (84.70 %)	26 (96.30 %)	812 (89.23 %)	12 (92.31 %)
No presencial	1407 (15.30 %)	1 (3.70 %)	98 (10.77 %)	1 (7.69 %)

Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre; Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre).

La prueba de elección múltiple, se considera superada para aquellos aspirantes que obtengan una valoración particular igual o superior a un 35 % de la media aritmética de las diez mejores puntuaciones particulares del ejercicio, considerándose de manera exclusiva los números enteros resultado de esta operación (Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre; Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre; Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre).

Por último, en cuanto al cálculo de la puntuación global en la prueba, cabe destacar que los criterios establecidos son los siguientes:

*Primera.–Cada contestación válida recibirá una valoración de tres puntos, se restará un punto por cada una de las respuestas incorrectas, se dejarán sin valorar las preguntas no respondidas y de las operaciones anteriores se obtendrá la valoración particular del ejercicio realizado por cada aspirante.*

*Segunda.–Evaluados todos los ejercicios, se hallará la media aritmética de las diez máximas valoraciones particulares obtenidas y a esta media aritmética le corresponderán 90 puntos.*

*Tercera.–La puntuación final de este ejercicio se obtendrá para cada aspirante multiplicando por 90 la valoración particular del mismo y dividiendo el producto por la media aritmética a que se refiere la anterior regla segunda. Esta puntuación final se expresará con los primeros cuatro decimales obtenidos, despreciándose el resto (Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre).*

De manera complementaria, se ha incluido el número de titulados que finalmente obtienen plaza en el programa de formación PIR.

En relación a las variables de caracterización de las universidades, se han considerado las siguientes: (a) *Titularidad* (Pública o Privada), (b) *Tamaño* (a partir del número de estudiantes matriculados en la titulación de Psicología en las diferentes instituciones durante el curso académico 2014-2015<sup>3</sup>, éstas se han clasificado en Grandes –50 % de universidades con mayor número de alumnos matriculados– y Pequeñas –50 % de universidades con menor número de alumnos matriculados–), y (c) *Modalidad* (Presencial o No presencial).

## Resultados

### *Evolución del número de titulados en Psicología por universidad que se presentan y superan las pruebas selectivas para el acceso al SNS*

La Tabla 2 muestra el número de titulados en Psicología por universidad que se han presentado a las

pruebas de acceso al SNS en cada una de las tres convocatorias analizadas, así como el número de aspirantes que han superado dichas pruebas. Tal y como puede observarse, durante el periodo considerado, se han presentado a las pruebas un total de 10107 sujetos, de los cuales han superado la nota de corte 8563. Teniendo en cuenta que los aspirantes proceden de 40 universidades españolas, el promedio de titulados por universidad que se presentan y superan dichas pruebas sería de 253 y 214 sujetos, respectivamente.

En cualquier caso, resulta destacable la enorme variabilidad en el número de aspirantes que proceden de unas y otras instituciones de educación superior. En este sentido, se observa cómo el número de sujetos que se presentan a las diferentes convocatorias por universidad oscila entre 1 (convocatorias 2013-2014 y 2015-2016) y 478 (convocatoria 2013-2015). En el caso de los sujetos que superan las pruebas por universidad, los valores mínimos y máximos observados son 0 (convocatoria 2013-2014) y 408 (convocatorias 2014-2015 y 2015-2016).

El análisis de la evolución de los sujetos presentados a las tres convocatorias, muestra cómo las posibles diferencias en el número de titulados presentados no resultan estadísticamente significativas (Chi-cuadrado de Friedman = 3.279, g.l. = 2,  $p = .194$ ). Por el contrario, sí existen diferencias significativas en el número de sujetos

Tabla 2

*Número de sujetos por universidad que se presentan a las pruebas de acceso al SNS y que superan dichas pruebas. Análisis descriptivo y de normalidad*

	Presentados				Superan				<b>TOTAL</b>
	2013-14	2014-15	2015-16	<b>TOTAL</b>	2013-14	2014-15	2015-16	<b>TOTAL</b>	
<b>N (Universidades)</b>	37	36	40	<b>40</b>	37	36	40	<b>40</b>	
<b>Suma (Total aspirantes)</b>	3345	3427	3335	<b>10107</b>	2633	2949	2981	<b>8563</b>	
<b>Mínimo</b>	1	2	1	<b>1</b>	0	2	1	<b>1</b>	
<b>Máximo</b>	478	476	453	<b>1407</b>	358	408	408	<b>1174</b>	
<b>Media</b>	90	95	83	<b>253</b>	71	82	75	<b>214</b>	
<b>Mediana</b>	50	59	53	<b>146</b>	40	50	44	<b>119</b>	
<b>Moda</b>	4	5	2	<b>405</b>	3	4	1	<b>1</b>	
<b>Desviación estándar</b>	105	105	97	<b>304</b>	82	91	89	<b>259</b>	
<b>Kolmogorov-Smirnov</b>	.196**	.188**	.199**	<b>.204**</b>	.192**	.198**	.204**	<b>.205**</b>	

Nota. \*\* La variable analizada no se distribuye normalmente a un nivel de confianza del 99 % ( $\alpha = 0.01$ ).

<sup>3</sup> Fuente: estadísticas del MECyD.

Tabla 3

*Porcentaje de sujetos que aprueban la prueba de acceso al SNS. Análisis descriptivo y de normalidad*

	% 2013-2014	% 2014-2015	% 2015-2016	% Total
<b>N (Universidades)</b>	37	36	40	40
<b>Mínimo</b>	0.0 %	55.0 %	50.0 %	33.3 %
<b>Máximo</b>	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %
<b>Media</b>	75.7 %	85.3 %	84.7 %	81.7 %
<b>Mediana</b>	80.0 %	86.5 %	88.0 %	84.5 %
<b>Moda</b>	75.0 %	85.0 %	100.0 %	90.0 %
<b>Desviación estándar</b>	18.4 %	10.3 %	13.28 %	12.72 %
<b>Kolmogorov-Smirnov</b>	.246**	.155*	.203**	.227**

Nota. \*\* La variable analizada no se distribuye normalmente a un nivel de confianza del 99 % ( $\alpha = 0.01$ ).

\* La variable analizada no se distribuye normalmente a un nivel de confianza del 95 % ( $\alpha = 0.05$ ).

que aprueban las pruebas de acceso al SNS en dichas convocatorias (Chi-cuadrado de Friedman = 16.504, g.l. = 2,  $p = .000$ ). Así, el número de aspirantes que superan la nota media de corte resulta menor en la convocatoria 2013-2014 que en las convocatorias 2014-2015 (Z de Wilcoxon = -3.710,  $p = .000$ ) y 2015-2016 (Z de Wilcoxon = -3.427,  $p = .289$ ), no apreciándose diferencias en los resultados de estas dos últimas convocatorias (Z de Wilcoxon = -1.060,  $p = .289$ ).

### *Porcentaje de sujetos que aprueban la prueba de acceso al SNS por universidad y análisis de las diferencias en función del tamaño y de la titularidad de las universidades*

El porcentaje de estudiantes de cada una de las universidades que superan las pruebas de acceso, respecto al número total de titulados de estas instituciones

que se presentan al examen, se recoge en la Tabla 3. Como puede observarse, en general, el porcentaje de sujetos que superan la prueba de acceso es superior al 75 % en las tres convocatorias. No obstante, al igual que se apuntaba en el apartado anterior, la variabilidad de los resultados obtenidos por los titulados procedentes de las distintas universidades es importante.

Los diagramas de cajas plasmados en la Figura 1, informan del porcentaje de sujetos de las diferentes universidades que superan las pruebas de acceso en cada convocatoria, y en el conjunto del periodo considerado, en función de la titularidad de dichas instituciones. La información representada muestra cómo en todos los casos, la distribución de los porcentajes de aprobados obtenidos por las instituciones públicas, se sitúa por encima de la distribución de porcentajes de las universidades privadas. A su vez, en el caso de las universidades públicas la variabilidad en los resultados obtenidos es menor.

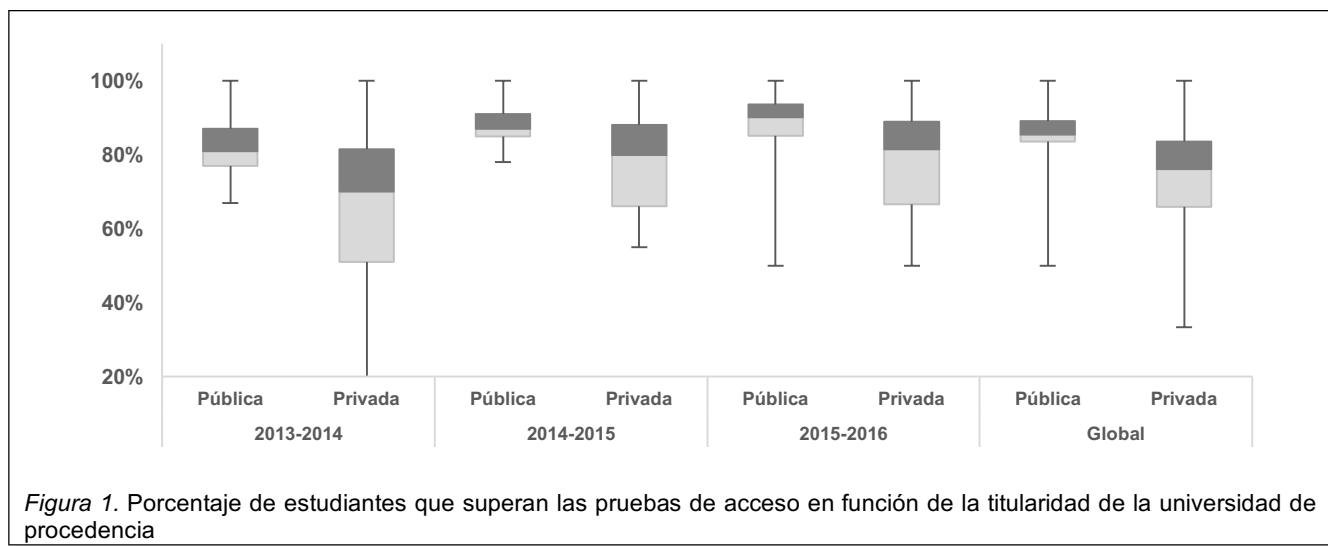


Figura 1. Porcentaje de estudiantes que superan las pruebas de acceso en función de la titularidad de la universidad de procedencia

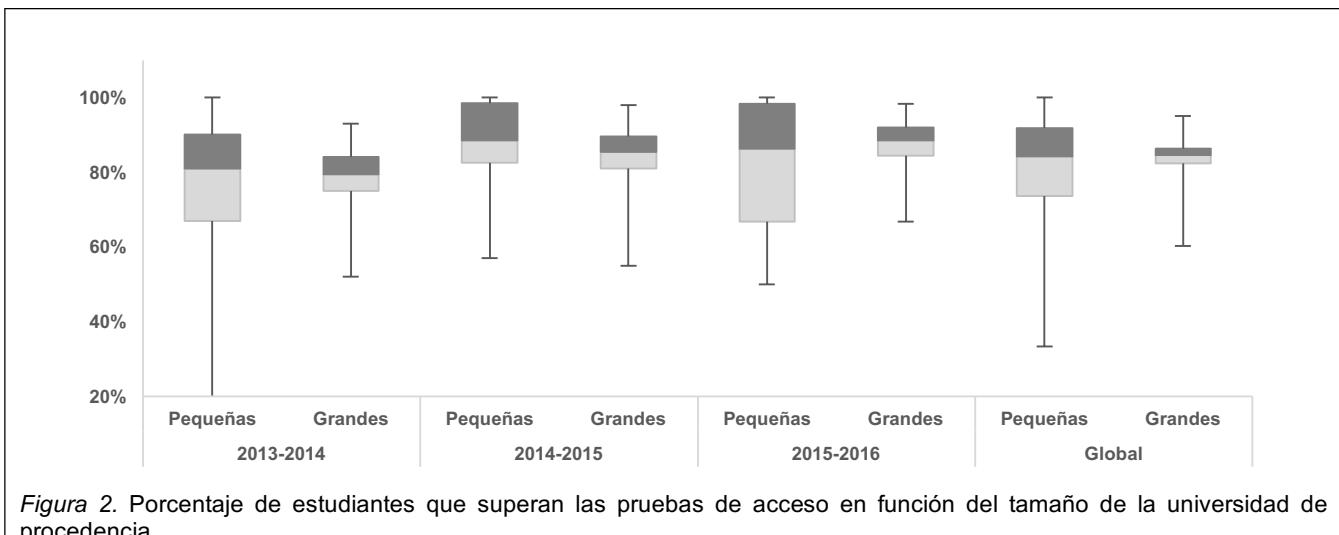


Figura 2. Porcentaje de estudiantes que superan las pruebas de acceso en función del tamaño de la universidad de procedencia

El análisis de la significatividad de las diferencias observadas, llevado a cabo a través de la prueba U de Mann-Whitney, confirma los mejores resultados de los estudiantes procedentes de universidades públicas en las convocatorias 2013-2014 ( $U$  de Mann-Withney = 70.5,  $p = .016$ ) y 2014-2015 ( $U$  de Mann-Withney = 76.0,  $p = .035$ ), así como en el conjunto del periodo contemplado ( $U$  de Mann-Withney = 82.0,  $p = .006$ ). Por su parte, en la convocatoria 2015-2016, el porcentaje de aprobados de los sujetos procedentes de uno y otro tipo de instituciones no difiere de manera significativa ( $U$  de Mann-Withney = 119.0,  $p = .106$ ).

Atendiendo al tamaño de las instituciones de educación superior, la Figura 2 representa el porcentaje

de titulados de las diferentes instituciones que superan las pruebas, diferenciando los resultados de las universidades grandes y pequeñas. La representación de la distribución de porcentajes de aprobados para los diferentes subgrupos, informa de una mayor variabilidad de los resultados obtenidos por las universidades pequeñas. En cualquier caso, el análisis de las diferencias en los porcentajes de sujetos que superan las pruebas de acceso al SNS en función del tamaño de las instituciones, muestra cómo en las tres convocatorias consideradas: 2013-2015 ( $U$  de Mann-Withney = 149.5,  $p = .838$ ), 2014-2015 ( $U$  de Mann-Withney = 103.0,  $p = .177$ ) y 2015-2016 ( $U$  de Mann-Withney = 172.0,  $p = .594$ ), dichas diferencias no resultan estadísticamente significativas. La superioridad en los resultados de un

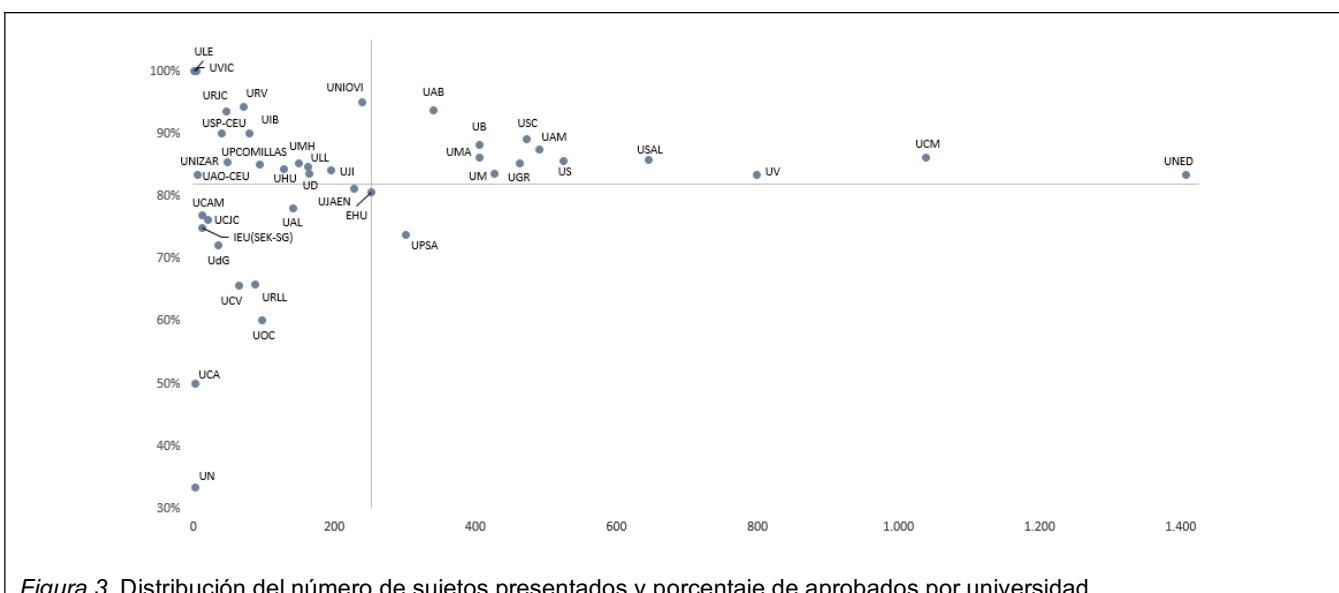
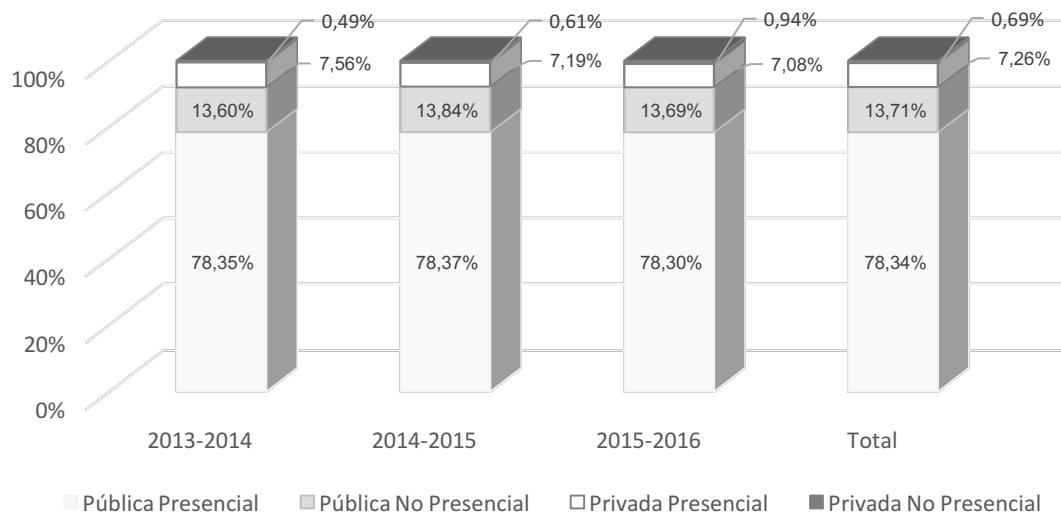


Figura 3. Distribución del número de sujetos presentados y porcentaje de aprobados por universidad



*Figura 4. Rendimiento en las pruebas selectivas por universidad de procedencia*

tipo de universidad frente a otro, tampoco se pone de manifiesto al considerar la totalidad del periodo contemplado ( $U$  de Mann-Withney = 183.0,  $p = .817$ ).

La dispersión observada en la figura anterior, también se percibe al contemplar la Figura 3. En dicha figura se representa el número de sujetos presentados ( $x$ ) y el porcentaje de aprobados de las distintas universidades ( $y$ ). La figura se divide en cuatro cuadrantes, atendiendo al promedio de las dos variables representadas. De esta forma, en el cuadrante I se ubican las 12 universidades cuyos estudiantes se sitúan por encima de la media tanto en el número de presentados como de aprobados. Destaca el hecho de que en todos los casos, se trate de universidades de titularidad pública.

En los cuadrantes II y III se localizan las universidades que se posicionan por debajo de la media en el número de estudiantes presentados y que, respectivamente, obtienen unos resultados por encima y por debajo de la media en cuanto a las tasas de aprobados. Finalmente, en el cuadrante IV, se encuentra una institución que, aunque presenta un número de

estudiantes por encima de la media, sus resultados son ligeramente inferiores al porcentaje medio de aprobados.

### ***Rendimiento y contribución de las universidades al SNS***

Centrando el análisis en el rendimiento que obtienen las universidades en las pruebas selectivas, la Figura 4 representa el rendimiento global de las universidades públicas, privadas, presenciales y no presenciales en las pruebas referidas. Del total de sujetos que han superado la nota de corte en las distintas convocatorias, un 78.34 % proceden de universidades públicas presenciales, un 13.71 % de la universidad pública no presencial, un 7.26 % del conjunto de universidades privadas presenciales y, finalmente, un 0.69 % de la universidad privada no presencial que forma parte de este estudio.

Para concluir este apartado, se ha analizado la contribución de las distintas universidades al SNS, y por añadidura, al conjunto de la sociedad, mediante el estudio del número de titulados que obtienen plaza en el

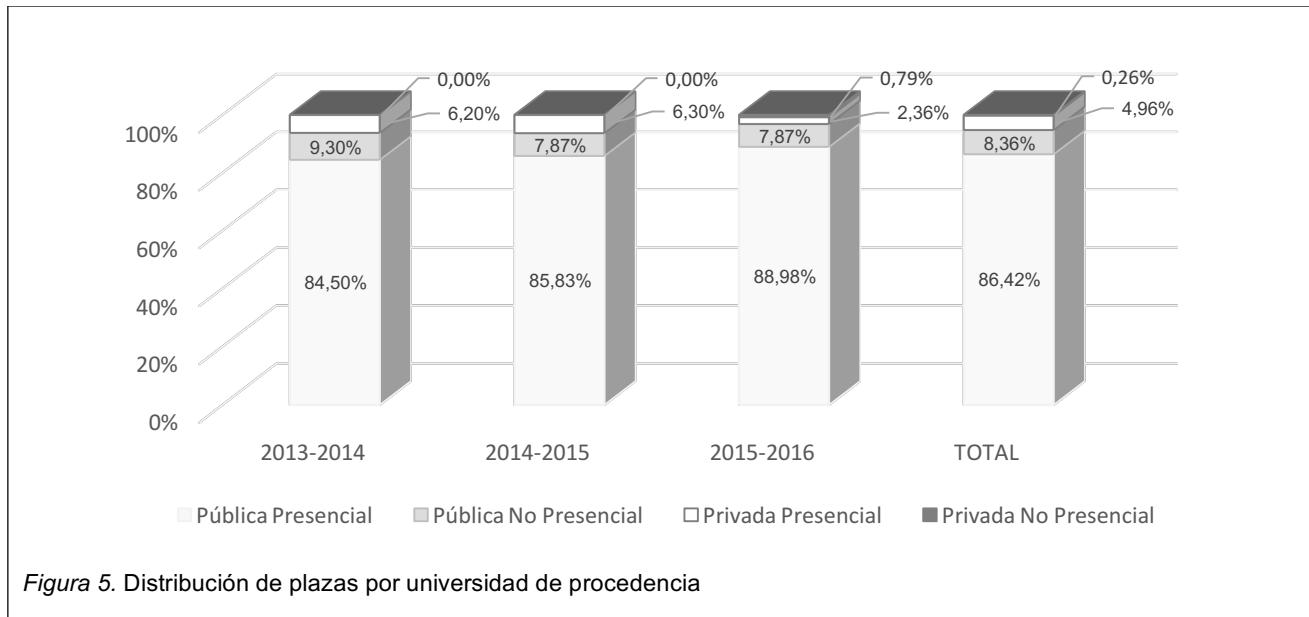


Figura 5. Distribución de plazas por universidad de procedencia

programa de formación PIR. La Figura 5, representa la distribución de estos sujetos en función de la universidad de procedencia.

En sintonía con los datos analizados con anterioridad, el gráfico informa de una importante contribución de las universidades públicas presenciales (86.42 % del total del periodo) y de la universidad pública no presencial (8.36 % del total del periodo) al número de titulados que obtienen plaza en el programa de formación PIR, poniendo de manifiesto la destacada aportación social de estas universidades.

## Conclusiones

El objetivo del presente trabajo ha sido analizar el rendimiento de los egresados de las distintas universidades españolas que imparten la titulación de Psicología en las pruebas selectivas de acceso al PIR. Esta evaluación del impacto educativo y laboral de las universidades, supone incorporar al enfoque de la rendición de cuentas una dimensión social.

La alta demanda de los estudios de Psicología en España durante los últimos años, ha venido acompañada de un incremento de la oferta formativa (especialmente

en universidades privadas) y, en consecuencia, del número de egresados con dicho perfil académico/profesional.

Una vía importante de desarrollo profesional para estos egresados, pasa por su especialización como Psicólogos Clínicos. Para ello, los aspirantes deben superar las pruebas selectivas establecidas por la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). A la luz de los datos procedentes de las tres últimas convocatorias (2013-2014, 2014-2015 y 2015-2016), se observa cómo se trata de una especialización muy demandada, siendo el número de aspirantes en cada una de las convocatorias superior a 3000.

Este trabajo evidencia la importante variabilidad en los resultados obtenidos por los egresados procedentes de las distintas universidades. A este respecto, la titularidad de las universidades puede considerarse una de las variables que permiten explicar dichas diferencias. Así, en las tres convocatorias analizadas, el porcentaje de estudiantes procedentes de universidades públicas que superan el ejercicio fue superior al porcentaje de los titulados en centros privados. Tales diferencias han resultado ser estadísticamente significativas para las convocatorias 2013/2014 y 2014/2015, así como en el conjunto del periodo. En cuanto al tamaño del centro, las diferencias en

contradas no resultan significativas, aunque cabe destacar una mayor dispersión en los resultados obtenidos por las universidades de menor tamaño.

El estudio llevado a cabo también ha permitido identificar las 12 instituciones de las cuales proceden un número de aspirantes superior a la media y que, además, sus egresados tienden a rendir por encima del promedio en las pruebas de acceso al PIR. Estas universidades, podrían ser identificadas como universidades de alto impacto social, pues la calidad de la enseñanza que reciben sus estudiantes, parece traducirse en un mejor desempeño en las mencionadas pruebas selectivas.

En cuanto al número de titulados que obtienen plaza en el programa de formación PIR, el porcentaje de estudiantes procedentes de universidades públicas, que finalmente obtienen plaza, es superior al 90 % en las tres convocatorias objeto de estudio, alcanzando un 92.05 % como valor total de todo el periodo. De esta forma, se puede destacar la notable contribución social de los centros universitarios de carácter público al SNS.

A pesar del valor informativo de este estudio, resulta importante hacer referencia a algunas de las principales limitaciones derivadas de los datos disponibles. De un lado, hubiese sido interesante analizar el porcentaje de sujetos presentados a estas pruebas en relación con el número total de titulados de las universidades. Por otro lado, no se ha tomado en consideración la formación que hayan podido recibir los egresados para la preparación de estas pruebas selectivas y su presumible influencia en la superación de las mismas.

## Referencias

- Carroblles, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario, *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 449-470.
- Casilla, D. y Camacho, H. (2012). Evaluación de la Responsabilidad Social Universitaria, *Opción*, 28(69), 452-465. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/310/31025702004.pdf>
- Consejo General de la Psicología (2015). *Los Psicólogos Clínicos reclaman su presencia en los centros de Atención Primaria*. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/2651.pdf>
- CRUE (2005). La rendición de cuentas (accountability). *Boletín Electrónico*, 28. Recuperado de [ima.uni.edu.pe/fweb05/dic05/cuentas.doc](http://ima.uni.edu.pe/fweb05/dic05/cuentas.doc).
- Garde Sánchez, R., Rodríguez Bolívar, M. y López-Hernández, A. M. (2013). Online Disclosure of University Social Responsibility: A Comparative Study of Public and Private US Universities, *Environmental Education Research*, 19(6), 709-746. <http://dx.doi.org/10.1080/13504622.2012.749976>
- Dill, D. D. (2001). The regulation of public research universities: changes in academic competition and implications for university autonomy and accountability. *Higher Education Policy*, 14(1), 21-35.
- González-Blanch, C. (2015). La psicología clínica después de la psicología general sanitaria en España: una propuesta razonada. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 9-18. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2485.pdf>
- Larrán-Jorge, M. y Andrades-Peña, F. J. (2015). Análisis de la responsabilidad social universitaria desde diferentes enfoques teóricos, *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6(15), 91-107. [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-2872\(15\)30005-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-2872(15)30005-6)
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, 41442-41458. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. *Estadística de universidades, centros y titulaciones. Curso 2015-2016*. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas->

- educacion/universidades/estadisticas-informes/estadisticas/universidades-centros-titulaciones/curso-2015-2016.html
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y Conferencia de Consejos Sociales (2014). *Inserción laboral de los egresados universitarios. La perspectiva de la afiliación a la Seguridad Social 2014.* Recuperado de <http://ccsu.es/content/inserci%C3%B3n-laboral-de-los-egresados-universitarios-la-perspectiva-de-la-afiliaci%C3%B3n-la>
- Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2013 para el acceso en el año 2014, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. *Boletín Oficial del Estado*, 228, 76302-76538. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9826](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9826)
- Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. *Boletín Oficial del Estado*, 226, 72679-72956. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-9474](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-9474)
- Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso en el año 2016, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. *Boletín Oficial del Estado*, 224, 82031-82318. Recuperado de: [http://boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10053](http://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10053)
- Pacenza, M. I. y Silva Peralta, I. S. (2013). Análisis bibliométrico sobre responsabilidad social universitaria. *Psychology, Society, & Education*, 5(2), 125-138. Recuperado de [http://www.psy.org/articulos/Maria\\_Ines\\_Pacenza.pdf](http://www.psy.org/articulos/Maria_Ines_Pacenza.pdf)
- Ramallo, M. (2015). La evaluación de la Responsabilidad Social Universitaria. *Debate Universitario*, 4(7), 25-37. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/debate-universitario/article/viewFile/6413/pdf>
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 288, 39538- 39542. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-27709](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-27709)
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, 45, 10020-10035. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-3176](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-3176)
- Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. *Boletín Oficial del Estado*, 200, 93143-93168. Recuperado de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-14021](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-14021)
- Sanz Díaz-Palacios, J. A. (2015) La aportación académica al progreso: Hacia una auténtica responsabilidad social universitaria. *Encuentros Multidisciplinares*, 17(21), 7-18. Recuperado de [http://www.encuentros-ultidisciplinares.org/revista-51/jose\\_alberto\\_sanz\\_diaz-palacios.pdf](http://www.encuentros-ultidisciplinares.org/revista-51/jose_alberto_sanz_diaz-palacios.pdf)

Vallaey, F. (2006). *La Responsabilidad Social Universitaria*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. World Health Organization (2014). Mental Health Atlas. WHO: Geneva.

## PERFORMANCE OF GRADUATES IN THE INTERNSHIP IN CLINICAL PSYCHOLOGY ENTRANCE EXAMS

EVA EXPÓSITO-CASAS, ANA GONZÁLEZ-BENITO,  
ESTHER LÓPEZ-MARTÍN Y ALEXIS MORENO-PULIDO

### EXTENDED SUMMARY

#### Introduction

In Spain, university degree in Psychology is one of the most popular among prospective university students. As a result, Spanish public and private universities have increased the amount of places and the number of university graduates in Psychology. The access to the National Health System (NHS) is one professional possibility for these graduates. Applicants must pass an exam to become an Internship in Clinical Psychology at the NHS. This paper analyses the graduate's exam performance during the period 2013-2016, and also possible differences depending on size or ownership of their universities of origin.

#### Method

A non-experimental quantitative approach was used to address the research question by a descriptive approach of secondary data provided from the Ministry of Health, Social Services and Equality. Data are referred to the number of students who have passed the punctuation of screening in order to occupy places as an Internal Psychologist Resident (PIR) in 2013-2014, 2014-2015 and 2015-2016, as well as the total number of candidates submitted for the exam.

#### *Population and sample*

The study population consists of 10107 students who have been submitted to PIR selective test during the period under study. These students come from 49 universities which offer the degree in Psychology in Spain. During the preliminary analysis, 9 universities (8 privately owned and 1 public owned) were removed because, during the period considered, no student of these institutions had been presented to the selection tests for access to NHS. Thereby, the final subset of the target population available for study was comprised for 40 public and private universities, with two teaching modalities: traditional classroom or distance teaching.

#### *Variables*

Main variable is the score on the screening test, estimated from response of candidates to a multiple-choice test consisting of 225 items (plus 10 reserve questions) and limited to 5 hours of duration, characteristics common to the three calls analyzed (Decree SSI/1695/2013, 12 September; Decree SSI/1674/2014, 10 September; Decree SSI/1892/2015, 10 September).

The multiple choice test is considered surpassed for those candidates who obtain a particular value greater

than or equal to 35 % of arithmetic mean of ten best individual scores of the exercise, considering exclusively integers result of this operation (Decree SSI/1695/2013, 12 September; Decree SSI/1674/2014, 10 September; Decree SSI/1892/2015, 10 September).

The variables used to characterize the universities have been: Ownership (public/ private), size (big or small) and modality of teaching (traditional/ distance).

## Results

### ***Evolution of the number of graduates in Psychology presented and that they overcome the selective tests for access to NHS***

During the period under review, there have been testing a total of 10107 undergraduates, 8563 of which have exceeded cut-off point. Given that applicants come from 40 Spanish universities, the average of graduates who faced and overcome these tests would be 253 and 214 people, respectively.

In any case, it is remarkable the huge variability in number of applicants who come from one or another institution of higher education. In this sense, we see how the number of subjects that each university has been submitted to the different calls is between 1 (2013-2014 and 2015-2016 calls) and 478 (call 2013-2015). In case of candidates who pass the tests, the observed maximum and minimum values are 0 (call 2013-2014) and 408 (2014-2015 and 2015-2016 calls).

In evolution analysis of subjects presented to the three calls, it can be observed how the possible differences in the number of graduates presented are not statistically significant (Chi-square Friedman = 3.279, g.l. = 2,  $p = .194$ ). On the contrary, there are significant differences in number of subjects who pass the tests of access to NHS in these calls (Chi-square Friedman = 16.504, g.l. = 2,  $p = .000$ ). Thus, number of can-

didates who exceeded the average grade of cut is lower in the call 2013-14 than in 2014-2015 calls (Wilcoxon Z = -3710,  $p = .000$ ) and 2015-2016 (Wilcoxon Z = -3.427,  $p = .289$ ), no appreciable difference in the results of these last two calls (Wilcoxon Z = -1060,  $p = .289$ ).

### ***Percentage of individuals who pass the test access to NHS and analysis of differences depending on the size and ownership of universities***

Overall, the percentage of psychology graduates who passed the access test is more than 75 % in the three calls. However, as was noted in previous section, variability of results obtained by graduates from different universities is important.

In all cases, the percentages distribution of approval obtained by public institutions is above the percentage distribution of private universities. In turn, in case of public universities the variability in the results obtained it is lower.

The analysis of the significance of observed differences, carried out through the Mann-Whitney U test, confirms the best results of students from public universities in 2013-2014 calls (Mann-Whitney U = 70.5,  $p = .016$ ) and 2014-2015 (Mann-Whitney U = 76.0,  $p = .035$ ), as well as throughout the observation period (Mann-Whitney U = 82.0,  $p = .006$ ). Meanwhile, in the call 2015-2016, the percentage of approved subjects from both types of institutions does not differ significantly (Mann-Whitney U = 119.0,  $p = .106$ ).

The representation of the distribution of pass rates for different subgroups, reports a greater variability of the results obtained by small universities. In any case, the analysis of the differences in the percentages of subjects who pass the tests of access to NHS depending on the size of institutions, shows how the three calls considered: 2013-2015 (Mann-Whitney U = 149.5,  $p = .838$ ), 2014-2015 (Mann-Whitney U = 103.0,  $p = .177$ ) and 2015-2016 (Mann-Whitney U = 172.0,  $p = .594$ ), these differences are not statistically significant. The superiority in the re-

sults of a type of university over another is not apparent when considering the entire observation period (Mann-Whitney U = 183.0,  $p = .817$ ).

### ***Performance and contribution of universities to NHS***

Focusing the analysis on the achievement obtained by these universities in the PIR selective test, we can appreciate how, of all the total subjects that have exceeded the cut-off mark in the various calls, a 78.34 % come from face-to-face public universities, a 13.71 % of the distance public university, 7.26 % of all private universities face-to-face and finally, a 0.69 % of the distance private university that is part of this study.

### **Discussion**

The aim of this study was to analyze the performance of graduates in Psychology in selective testing access to specialized health training NHS, evaluating the educational and employment impact of universities of origin, which has allowed incorporating the approach to accountability a social dimension.

In recent years Psychology studies continue to be one of most demanded, the training offered (especially in private universities) has increased, and consequently, the number of graduates with such academic / professional profile.

An important way of professional development of these graduates is their specialization as a Clinical Psychologists; this specialization required overcome a test, set by the Management Act of the health professions (Law 44/2003 of 21 November). In light of the data from the last three calls (2013-2014, 2014-2015 and 2015-2016), we see how this is a highly demanded specialization, as the number of applicants in each of the calls was higher 3000.

This paper provides empirical evidence about the great variability of the results obtained by graduates from different universities. In this regard the ownership

of the institutions should be considered one of the variables that allow us to explain this differences. Thus, in the three calls analyzed, the percentage of students from public universities that pass the test was higher than the percentage of students from private schools. Such differences have proved to be statistically significant for 2013/2014 and 2014/2015 calls, as well as in the whole period. As for the size of the center, the differences have not been statistically significant, but is important to note the increased variability in the case of the results obtained by the smaller universities.

The study carried out, has allowed us identified the 12 universities that provide a higher number of students, superior to the mean and with better achievement on PIR test. These universities could be identified as a high social impact, because the quality of education that students receive, seems to translate into improved performance in test mentioned.

In relation to the analysis on the number of graduates who obtain a place in the training program PIR, the percentage of students from public universities that finally get place is greater than 90 % in the three calls under study, reaching a 92.05 % in the entire period. In light of the results, we can highlight the remarkable social contribution of university public centers to NHS.

In spite of the informative value of this study, is important to take into account some of the main limitations derived from available data. On the one hand, it would have been interesting to analyze the percentage of students that take the PIR test, in relation with the total number of graduates in those universities. By the other hand, it is not taken into consideration the post graduate training preparation of those candidates in order to prepare the exam and their possible influence in the results obtained.

## ESTRÉS VITAL: VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS PREDICTORAS DEL MALESTAR EMOCIONAL

## LIFE STRESS: PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES AS PREDICTORS OF EMOTIONAL DISTRESS

BEATRIZ VALLEJO-SÁNCHEZ<sup>1</sup> Y ANA M. PÉREZ-GARCÍA<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vallejo-Sánchez, B., y Pérez-García, A. M. (2016). Estrés vital: variables psicológicas y sociodemográficas predictoras del malestar emocional [Life Stress: Psychological and socio-demographic variables as predictors of emotional distress]. *Acción Psicológica*, 13(1), 159-178. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16150>

### Resumen

**Introducción:** La personalidad y las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el estrés juegan un papel importante en el desarrollo de problemas de salud mental. El objetivo de este estudio fue comprobar si estas variables, junto con el estrés percibido y algunas variables sociodemográficas significativas, permitían predecir el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva presentada en una muestra de personas con Trastorno Adaptativo (TA), y si las variables predictoras eran las mismas en una muestra control. **Método:** Se aplicó un protocolo compuesto por cuestionarios de estrés

percibido, personalidad, positividad, afrontamiento y síntomas a un grupo de pacientes que acudieron a una Unidad de Salud Mental, diagnosticados de Trastorno Adaptativo ( $N = 80$ ), y a un grupo control ( $N = 80$ ). Se realizaron análisis de regresión sobre la sintomatología. **Resultados:** En general, las variables psicológicas y sociodemográficas consideradas contribuyeron en la predicción de la sintomatología, aunque los resultados variaron dependiendo del grupo considerado y del tipo de síntoma. En el grupo control, un mayor neuroticismo, menor positividad, mayor estrés percibido y estar en paro predijeron mayores puntuaciones en depresión, y mayor neuroticismo, estar en paro y ser mujer predijeron mayor ansiedad (no siendo relevante el afrontamiento en ningún caso). En el grupo clínico, la capacidad predictiva de las variables fue menor, especialmente en el caso de la

**Correspondencia:** Beatriz Vallejo-Sánchez. Unidad de Salud Mental, Hospital Santa Bárbara. Puertollano.

**Email:** bvallejo@sescam.jccm.es

<sup>1</sup> Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara (Puertollano, Ciudad Real), España.

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España.

Recibido: 08 de febrero de 2016.

Aceptado: 14 de abril de 2016.

ansiedad. Las variables que predijeron mayor sintomatología depresiva fueron ser menos positivo, un mayor uso del afrontamiento de falta de compromiso o evitativo, ser hombre y estar en paro, mientras que en la predicción de la sintomatología ansiosa sólo resultó significativo el neuroticismo. Conclusiones: Las características de personalidad y afrontamiento, el estrés percibido y las características sociodemográficas podrían ser factores de vulnerabilidad a considerar en el desarrollo de estrategias de evaluación, preventivas y de intervención en personas sometidas a estrés vital, aunque probablemente es importante considerar el tipo de muestra en la selección de las estrategias más relevantes.

**Palabras clave:** personalidad; positividad; afrontamiento; estrés percibido; trastorno adaptativo.

## Abstract

Introduction: Personality and coping used to manage stress play an important role in the development of mental health problems. The aim of this study was to analyse whether these variables, together with perceived stress and some relevant socio-demographic characteristics, could predict the level of anxiety and depressive symptoms presented in people diagnosed with Adjustment Disorder (AD). As well as analysing if the significant predictor variables were the same in the control group. Method: Perceived stress, personality, positivity, coping and symptoms were assessed in a group of patients with Adjustment Disorder who went to a Mental Health Unit ( $N = 80$ ) and a control group ( $N = 80$ ). Regression analyses were carried out to predict symptomatology. Results: Psychological and some socio-demographic variables predicted symptomatology, however, the results were different depending on the group and type of symptom considered. In the control group, higher neuroticism and perceived stress, lower positivity, and unemployment status predicted more depressive symptoms; whereas higher neuroticism, being a female, and unemployment predicted higher anxiety (coping was not relevant in any case). In the clinical group, the predictive capacity of variables was lower, especially in the case of anxiety. Lower positivity, greater

use of disengagement or avoidant coping, being a male and unemployment predicted higher depressive symptomatology, whereas only neuroticism predicted symptoms of anxiety. Conclusions: Personality, coping, perceived stress and socio-demographic characteristics could be factors of vulnerability that should be considered in the development of assessment, prevention and treatment strategies with people exposed to life stress. However, the characteristics of the group considered are a key factor in the selection of the most relevant strategy.

**Keywords:** personality; positivity; coping; perceived stress; adjustment disorder.

## Introducción

La vivencia de situaciones estresantes por parte de las personas a menudo da lugar a dificultades de adaptación importantes y al desarrollo de trastornos mentales que pueden requerir de ayuda o tratamiento especializado. Conocer los factores que influyen en esta relación y en la aparición o no de psicopatología ante el estrés resulta relevante de cara a la elaboración de estrategias de evaluación, preventivas y de intervención con estas personas.

Tras años de investigación, se sabe que tanto el afrontamiento como la personalidad son algunos de los factores más consistentemente asociados al desarrollo de trastornos mentales (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Mirmics et al., 2013).

En primer lugar, el afrontamiento, entendido como “los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés” (Sandín, 1995, p. 20), juega un papel muy importante, especialmente desde modelos interaccionales que enfatizan la importancia de los factores psicológicos que median entre los agentes estresantes y la respuesta al estrés. En concreto, la teoría transaccional del estrés de Lázarus y Folkman (1984), principal exponente de estos modelos, entiende que el hecho de que un estímulo estresante dé lugar a una reacción de estrés depende fundamentalmente

de la valoración que realiza el sujeto, del estrésor y de los propios recursos para afrontarlo. La importancia de los procesos valorativos o subjetivos justificarían la consideración en el estudio de la variable estrés percibido, entendido como la valoración que realiza el sujeto sobre el grado de estrés que le ha producido una situación estresante.

La evaluación cognitiva, a su vez, daría lugar a una determinada reacción al estrés, incluyendo respuestas emocionales, principalmente depresión y ansiedad, y la puesta en marcha de un tipo u otro de afrontamiento, más o menos adaptativo en función de su capacidad para acomodarse a las demandas contextuales (Sandín, 2008). En concreto, y según la clasificación de Carver (1997), podrían diferenciarse dos grandes tipos: afrontamiento de compromiso, en el cual el sujeto intenta activamente manejar la situación o las emociones asociadas a la misma; y afrontamiento de falta de compromiso, en el que el sujeto se distancia del estrésor o de sentimientos relacionados con el mismo. La literatura ha concluido que el primer tipo suele ser más adaptativo y exitoso, y se ha relacionado con una mejor salud mental, mientras que las formas pasivas y de evitación son consideradas menos exitosas y desadaptativas, prediciendo mayores índices de ansiedad y depresión (Carver y Connor-Smith, 2010; Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston, 2012; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000; Visser et al., 2015).

La personalidad, la otra de las variables consideradas de mayor relevancia en el desarrollo de psicopatología, constituiría una variable que moderaría los diferentes niveles del proceso de estrés, influyendo en los procesos de valoración y en la reacción al estrés, lo que incluiría el desarrollo de síntomas emocionales y el afrontamiento puesto en marcha. Su estudio en los últimos años se ha desarrollado principalmente dentro del modelo de los Cinco Grandes de McCrae y Costa (1991), que considera que existen cinco grandes dimensiones con las que se puede describir la personalidad: Extraversión, Afabilidad o Cordialidad, Tesón o Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura mental o Apertura a la experiencia. La investigación ha concluido que el neuroticismo es uno de los predictores más robustos para el desarrollo de psicopatología ante sucesos vitales estresantes (Lahey, 2009; Malouff et al., 2005; Mandelli et al., 2015), relacionán-

dose especialmente con síntomas y trastornos depresivos y de ansiedad. Aunque también se han encontrado relaciones con otras dimensiones de personalidad, especialmente con la extraversión (Mirmics et al., 2013; Naragon-Gainey, Rutter y Brown, 2014), que correlaciona negativamente con problemas ansiosos y depresivos (Lucas y Fujita, 2000; McCrae y Costa, 1991; Watson y Clark, 1992). Las relaciones del resto de dimensiones de personalidad con la psicopatología han sido menos estudiadas, y aunque apuntan a relaciones positivas con la salud mental, especialmente en el caso del tesón y la afabilidad, en general los resultados han sido más débiles e inconsistentes, relacionándose más con trastornos externalizantes frente a los internalizantes –ansiedad y depresión– (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010).

Y en cuanto a la dimensión de positividad, un constructo no recogido dentro del modelo anterior y entendido como la propensión a valorar positivamente la vida y las experiencias, parece ser un predictor importante del bienestar y la salud, habiéndose encontrado relaciones negativas con el afecto negativo y la presencia de síntomas depresivos (Caprara et al., 2012), no con ansiedad, aunque por el momento la investigación es escasa.

El estudio conjunto de estas variables psicológicas con otras sociodemográficas está justificado por su relevancia y relación tanto con estas variables (Bermúdez, Teva y Buela-Casal, 2009; McCrae et al., 1999) como con la psicopatología (Altemus, Sarvaiya y Epperson, 2014; Tang, Liu, Liu, Xue y Zhang, 2014; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a).

Por otro lado, existe mucha investigación que relaciona las dimensiones comentadas con el desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos, pero apenas se han encontrado trabajos que estudien estas relaciones en muestras con Trastorno Adaptativo (TA), que se trata de un diagnóstico que se realiza con mayor frecuencia incluso que los anteriores cuando una persona pasa por una situación de estrés y desarrolla síntomas emocionales o comportamentales significativos, pero no cumple criterios para trastornos depresivos o de ansiedad más específicos (American Psychiatric Association [APA], 2013). Esta notable escasez de trabajos es probablemente debida a las diferentes controversias existentes en torno a esta catego-

ría diagnóstica, principalmente por sus criterios vagos y escasamente definidos que en ocasiones dificultan su diferenciación tanto con otros trastornos mentales como con la normalidad (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001). Sin embargo, algunos resultados apuntan a que las variables psicológicas comentadas anteriormente pudieran ser también relevantes en los TA en particular. En concreto, se ha encontrado que en función del nivel de positividad y del estilo de afrontamiento utilizado se puede predecir la presencia de un TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), y además, que los sujetos con TA utilizan más estilos de afrontamiento evitativos o de falta de compromiso, y menos el humor (For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching, 2002; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015b). Por tanto, el estudio de estas variables en muestras de sujetos con TA resulta muy relevante de cara a la elaboración de estrategias de evaluación e intervención, así como su comparación con muestras generales o con otras patologías, de cara a comprobar si las anteriores variables de vulnerabilidad (o protección) tienen diferente peso en función del grupo.

Considerando el marco teórico y empírico planteado, nos planteamos como primer objetivo comprobar la capacidad predictiva de las dimensiones de personalidad más relevantes (neuroticismo, extraversion y positividad), de cinco tipos de afrontamiento, del estrés percibido y de algunas variables sociodemográficas significativas sobre el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa presentado en una muestra de personas con Trastorno Adaptativo (TA), en comparación con una muestra control. Del anterior objetivo se derivaría la hipótesis general de que las variables estudiadas serían relevantes en la predicción de ambos tipos de síntomas, y varias hipótesis específicas: 1) Se esperaba que el neuroticismo predijera positivamente tanto la sintomatología ansiosa como depresiva, mientras que mayor extraversion y positividad predecirían menor nivel de sintomatología; 2) Las estrategias de afrontamiento de compromiso, humor, búsqueda de apoyo social, y religión, predecirían negativamente ambos tipos de síntomas, mientras que las estrategias de falta de compromiso o evitativas los predecirían positivamente; 3) Se esperaba que un mayor estrés percibido predijese más sintomatología ansiosa y depresiva; 4) En cuanto a las variables sociodemográficas, ser mujer, tener menor edad, menor nivel educativo y estar des-

empleado se relacionaría con una mayor sintomatología; y por último, 5) Se esperaba encontrar los mismos resultados en ambas muestras, considerando que previamente no se habían encontrado estudios que realizasen estos mismos análisis.

## Método

### Participantes

El estudio, de tipo transversal y descriptivo, fue realizado con 160 sujetos, divididos en dos grupos, cuyas características sociodemográficas se describen en la Tabla 1.

El grupo clínico estuvo constituido por 80 pacientes que acudieron a una Unidad de Salud Mental (USM) y fueron diagnosticados de TA en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (World Health Organization [WHO], 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000). Se excluyó a todos aquellos pacientes que presentaban comórbidamente otra psicopatología grave del Eje I o II del DSM-IV-TR, con ayuda de las entrevistas diagnósticas MINI (*International Mini Neuropsychiatric Interview*; Sheehan et al., 1998; adaptación española de Ferrando et al., 1998) e IPDE (*International Personality Disorders Examination*; Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996). También se excluyó a los que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos dos años, así como aquellos cuyas edades no estuviesen comprendidas entre los 18 y 65 años y los que presentasen condiciones que dificultasen la aplicación de los instrumentos de estudio (deterioro cognitivo y/o médico, o nivel educativo o intelectual insuficiente).

El grupo control estuvo formado por 80 personas que habían sufrido en los últimos dos años al menos una situación estresante importante pero que no habían desarrollado psicopatología. En concreto, personas valoradas en la Unidad y dadas de alta por no presentar patología, profesionales del hospital, familiares de éstos últimos y familiares de pacientes de la USM.

## ***Instrumentos de evaluación y procedimiento***

Para valorar el estrés percibido, se construyó una Escala de sucesos vitales (ESV), consistente en un listado de 40 situaciones estresantes de diferente tipo, extraídas del listado de problemas psicosociales y ambientales que constituye el Eje IV del sistema de evaluación multiaxial del DSM (APA, 2000). El sujeto debía indicar la ocurrencia del estresor en los últimos dos años y el nivel de estrés generado en una escala tipo Likert de cuatro puntos (de 0 = Ningún estrés a 3 = Mucho estrés). Se consideró en los análisis la variable de estrés percibido en los sucesos experimentados, que presentó en esta muestra una fiabilidad adecuada ( $\alpha = .74$ ).

Para medir la personalidad se utilizó el *Big Five Inventory-44* (BFI-44; Benet-Martínez y John, 1998), inventario autoaplicado de 44 ítems tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = Muy en desacuerdo, a 5 = Muy de acuerdo), que evalúa la personalidad según el “Modelo de los Cinco Grandes”, y que muestra muy buenas propiedades psicométricas (Benet-Martínez y John, 1998; Rammstedt y John, 2007). En este estudio sólo se consideraron las escalas de Extraversión y Neuroticismo, por su mayor significación en el estudio de la psicopatología, y que mostraron en esta muestra índices de fiabilidad adecuados ( $\alpha = .70$  y  $\alpha = .84$ , respectivamente).

Para medir la orientación positiva se utilizó la Escala de Positividad (Caprara et al., 2012), una escala autoaplicada de 8 ítems tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = Totalmente en desacuerdo, a 5 = Totalmente de acuerdo) que evalúa el constructo de positividad. En el estudio original se encontró a través de análisis factoriales que presenta una estructura unidimensional, además de buenas propiedades psicométricas (Caprara et al., 2012), aunque con nuestra muestra los índices fueron incluso superiores ( $\alpha = .83$ ).

Para medir el afrontamiento se utilizó el *Brief COPE* (Carver, 1997; versión española de Morán, Landero y González, 2010), un inventario autoaplicado de 28 ítems,

agrupados en 14 escalas de dos ítems cada una, con formato tipo Likert de cuatro puntos (desde 0 = No, en absoluto, a 3 = Totalmente) que evalúa el estilo de afrontamiento utilizado ante el estrés. No se aplicaron en este estudio las escalas de consumo de sustancias y de autodistracción, por su comportamiento problemático e inestable. Además, con el fin de aumentar la fiabilidad de la prueba, se mantuvo la configuración original de las escalas de *humor* y *religión* que presentaban una alta consistencia, y tal como recomienda su autor (Carver, 1997), las restantes diez escalas se agruparon (mediante la aplicación de un análisis factorial) obteniéndose tres factores: *compromiso* (que incluye los ocho ítems de las escalas de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación), *falta de compromiso* (con los ocho ítems de negación, abandono, autoculpa y desahogo) y *búsqueda de apoyo social* (con los cuatro ítems de apoyo instrumental y apoyo emocional). Las cinco agrupaciones de las estrategias de afrontamiento finalmente consideradas presentaron un índice promedio de consistencia interna de .80 en esta muestra (ver Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a, para una descripción más detallada del proceso seguido).

Para la medida de la sintomatología ansiosa se utilizó la adaptación española (Sanz y Navarro, 2003) del Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Se trata de un cuestionario autoaplicado, formado por 21 ítems tipo Likert de cuatro puntos (desde 0 = En absoluto, a 3 = Severamente), que evalúa la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad en la última semana en pacientes con trastornos psicológicos y en la población general. Presenta también adecuadas propiedades psicométricas, tanto en el estudio original como en diferentes muestras españolas (Beck, Brown et al., 1988; Sanz, García-Vera y Fortún, 2012; Sanz y Navarro, 2003). En nuestro estudio el índice de consistencia interna fue muy alto ( $\alpha = .96$ ).

Y por último, los síntomas depresivos se evaluaron a través de la versión española (Vázquez y Sanz, 1997) del Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), uno de los cuestionarios autoaplicados más utilizados para la valoración de la depresión. Consta de 21 ítems que valoran diferentes síntomas depresivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno (graduadas

según su intensidad de 0 a 3), debiendo el sujeto elegir aquella con la que más se identifique en función de cómo se ha sentido en la última semana. Presenta adecuadas propiedades psicométricas, tanto en su versión original como en la española (Beck, Steer y Garbin, 1988; Vázquez y Sanz, 1997), habiéndose encontrado con nuestra muestra un índice de consistencia interna muy elevado ( $\alpha = .94$ ).

Todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado para participar fueron evaluados, previa aprobación por parte del Comité de Ética del Hospital, a través de los anteriores instrumentos, que se cumplimentaron en todos los casos en el domicilio.

### **Análisis de datos**

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows, versión 19.0 (IBM Corp, 2010). En primer lugar, se comprobó si existían diferencias entre los grupos clínico y control en las variables sociodemográficas medidas utilizando la prueba de  $\chi^2$  en las variables categóricas, y análisis de varianza (ANOVA) de un factor (grupo) en el caso de la edad.

A continuación, se contrastaron mediante ANOVA las diferencias entre ambos grupos en las variables psicológicas analizadas. Finalmente, para estudiar las variables que predecían los síntomas de ansiedad y de depresión, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple, siguiendo el método Introducir, inicialmente con la muestra total, y posteriormente, con cada una de las muestras (clínica y control) al obtener que la variable grupo era un predictor significativo. En los análisis por grupo, además de las variables sociodemográficas, se tomaron aquellas psicológicas que correlacionaban significativamente con los criterios analizados (los síntomas de ansiedad y de depresión), a partir de las correlaciones bivariadas realizadas. En todos los análisis realizados, el cálculo de la tolerancia y el FIV mostró que no existían efectos de colinealidad significativos entre las variables predictoras (todos los coeficientes de tolerancia fueron superiores en cada caso a  $1-R^2$  y los FIV inferiores a 10).

## **Resultados**

### **A) Análisis de las características socio-demográficas**

Los resultados de los análisis de las variables sociodemográficas (ver Tabla 1) indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos en la distribución de varones y mujeres ( $\chi^2 = 1.34$ , gl = 1,  $p = .16$ ) y del estado civil ( $\chi^2 = 3.98$ , gl = 3,  $p = .26$ ). En ambos grupos había más mujeres que hombres, y estuvieron en su mayoría solteros o casados, siendo muy pocos los separados/divorciados o viudos.

Sin embargo, sí que se encontraron diferencias en las variables situación laboral ( $\chi^2 = 40.10$ , gl = 1,  $p < .001$ ) y nivel educativo ( $\chi^2 = 25.05$ , gl = 2,  $p < .001$ ), siendo casi significativas las diferencias en edad [ $F_{(1,158)} = 3.49$ ,  $p = .06$ ]. El grupo clínico fue de media algo más joven que el control, y se encontraba en situación laboral no activa con más frecuencia (en cuanto que había más personas desempleadas o bien dedicadas a estudiar o a las tareas del hogar). Y su nivel de estudios se encontraba entre básico y medio, principalmente, frente al grupo control que en su mayoría tenía un nivel medio de estudios, habiendo en ambos grupos prácticamente la misma proporción de personas con estudios superiores (ver Tabla 1).

Todas las variables sociodemográficas relevantes (sexo) o que resultaron significativamente diferentes entre el grupo clínico y control (situación laboral, y nivel educativo), o próximas a la significación (edad), fueron incluidas en los análisis estadísticos posteriores.

Tabla 1

*Características sociodemográficas de los participantes del estudio*

	Grupo clínico (N = 80)	Grupo control (N = 80)	Muestra total (N=160)
Edad [media (DT)]	36.14 (13.47)	39.84 (11.53)	37.99 (12.63)
Sexo [n (%)]			
▪ Hombres	25 (31.3)	32 (40)	57 (35.6)
▪ Mujeres	55 (68.8)	48 (60)	103 (64.4)
Estado civil [n (%)]			
▪ Soltero	36 (45)	32 (40)	68 (42.5)
▪ Casado	34 (42.5)	43 (53.8)	77 (48.1)
▪ Separado/Divorciado	8 (10)	5 (6.3)	13 (8.1)
▪ Viudo	2 (2.5)	0 (0)	2 (1.3)
Situación laboral [n (%)]			
▪ Activa	18 (22.5)	58 (72.5)	76 (47.5)
▪ No activa	62 (77.5)	22 (27.5)	84 (52.5)
Nivel educativo [n (%)]			
▪ Básico (primaria o menos)	39 (48.8)	10 (12.5)	49 (30.6)
▪ Medio (Secundaria o FP)	28 (35)	44 (55)	72 (45)
▪ Superior (Universitaria)	13 (16.3)	26 (32.5)	39 (24.4)

**B) Análisis de la capacidad predictiva de las variables relevantes (psicológicas, sociodemográficas y del estrés percibido) sobre la sintomatología**

Las características descriptivas (media y desviación típica) para cada grupo y para la muestra total, pueden

verse en la Tabla 2. El contraste entre ambos grupos realizado mediante Análisis de Varianza, considerando como covariantes las variables sociodemográficas relevantes (sexo, edad, nivel educativo y situación laboral) mostró que el grupo clínico, frente al control, presentaba de forma estadísticamente significativa (todas las F con  $p < .001$ ) mayor neuroticismo ( $\eta^2_p = .22$ ), menor extraversion ( $\eta^2_p = .05$ ) y menor positividad ( $\eta^2_p = .15$ ), percibía mayor estrés ( $\eta^2_p = .11$ ), utilizaba en mayor medida

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos, media y desviación típica (entre paréntesis), de las variables de personalidad, afrontamiento, estrés percibido y sintomatología para cada grupo y para la muestra total*

	Grupo clínico (N = 80)	Grupo control (N = 80)	Muestra total (N = 160)
Extraversión	24.46 (6.02)	27.46 (5.04)	25.96 (5.73)
Neuroticismo	27.60 (5.80)	19.01 (6.83)	23.31 (7.65)
Positividad	23.24 (5.42)	29.25 (5.83)	26.24 (6.37)
Compromiso	1.79 (.68)	2.02 (.50)	1.91 (.61)
Apoyo	1.86 (.81)	1.84 (.79)	1.85 (.80)
Falta de compromiso	1.08 (.53)	.68 (.45)	.88 (.53)
Humor	.62 (.86)	1.21 (.93)	.92 (.94)
Religión	.94 (1.02)	1.04 (1.08)	.99 (1.05)
Estrés percibido	1.68 (.47)	1.29 (.46)	1.48 (.50)
Ansiedad	25.64 (10.60)	6.98 (7.01)	15.66 (14.78)
Depresión	24.76 (14.13)	6.55 (8.50)	16.31 (12.95)

el afrontamiento de falta de compromiso ( $\eta^2_p = .10$ ) y en menor medida el de humor ( $\eta^2_p = .07$ ), e informaba de más síntomas de ansiedad ( $\eta^2_p = .22$ ) y de depresión ( $\eta^2_p = .36$ ).

Para analizar la sintomatología, se realizaron análisis de regresión lineal múltiple en primer lugar para la muestra total (ver Tabla 3), tomando como predictores

las variables de personalidad medidas (extraversión, neuroticismo y positividad), los cinco grupos de estrategias de afrontamiento (compromiso, falta de compromiso, búsqueda de apoyo, humor y religión), las características sociodemográficas relevantes previamente señaladas (sexo, edad, nivel educativo y situación laboral), el estrés percibido y el grupo.

Tabla 3

*Resultados del análisis de regresión de las variables sociodemográficas, estrés percibido, personalidad y afrontamiento sobre depresión y ansiedad en la muestra total (N = 160)*

<b>Criterio: Depresión</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>F<sub>(14,145)</sub></b>	<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>
Grupo	-.29	-4.42***	27.84***	.70
Sexo	-.07	-1.37		
Edad	.04	.84		
Nivel educativo	-.08	-1.43		
Situación laboral	.18	3.43***		
Estrés percibido	.13	2.37*		
Extraversión	-.10	-2.02*		
Neuroticismo	.16	2.26*		
Positividad	-.21	-3.16**		
Afront. de compromiso	.07	1.27		
Afront. de apoyo	-.04	-.69		
Afront. de falta de compromiso	.16	2.99**		
Afront. de humor	-.03	-.52		
Afront. de religión	.03	.52		
<b>Criterio: Ansiedad</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>F<sub>(14,145)</sub></b>	<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>
Grupo	-.22	-2.61**	14.27***	.54
Sexo	-.03	-.53		
Edad	.11	1.87°		
Nivel educativo	-.13	-1.97*		
Situación laboral	.18	2.79**		
Estrés percibido	.12	1.80°		
Extraversión	-.07	-1.15		
Neuroticismo	.29	3.25***		
Positividad	-.09	-1.06		
Afront. de compromiso	.05	.80		
Afront. de apoyo	.12	1.61		
Afront. de falta de compromiso	.06	.88		
Afront. de humor	.01	.02		
Afront. de religión	.09	1.38		

Nota. (1) Método: Introducir; (2)  $\beta$ : Coeficiente de regresión estandarizado; (3) t: prueba t de Student; (4) R<sup>2</sup> ajustado: Coeficiente de determinación ajustado; (5) ° p < .07; \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001; (6) Situación laboral: 1 = Activa, 2 = No activa; Grupo: 1 = Clínico, 2 = Control; Sexo: 1= Hombre, 2 = Mujer; (7) Afront.: Afrontamiento.

Tabla 4

*Correlaciones entre las variables psicológicas analizadas para el grupo clínico (por debajo de la diagonal) y control (por encima de la diagonal)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Extraversión	1	-.24*	.29**	.30**	.19	-.21	-.04	-.17	.13	-.31**	-.17
2. Neuroticismo	-.42***	1	-.41***	-.15	-.01	.58***	-.14	.23*	.25*	.56***	.58***
3. Positividad	.33**	-.40***	1	.38***	.51***	-.13	-.01	.23*	-.18	-.48***	-.32**
4. Af. Compromiso	.12	-.29**	.39***	1	.50***	-.03	.13	.19	.06	-.26*	-.22*
5. Af. Apoyo	.17	-.14	.41***	.49***	1	.08	.22	.30**	.18	-.21	.01
6. Af. Falta Compr.	.06	.21	-.08	-.06	.12	1	-.07	.36***	.14	.42***	.43***
7. Af. Humor	.24*	-.26*	.15	.47***	.23*	-.04	1	-.01	.06	-.20	-.17
8. Af. Religión	.05	.19	.15	.08	.29**	.18	.11	1	.10	.10	.26*
9. Estrés Percibido	.03	.28*	-.09	.06	-.03	.09	.09	.16	1	.29**	.29**
10. Depresión	-.27*	.38***	-.40***	-.09	-.21	.27*	-.03	.09	.26*	1	.69***
11. Ansiedad	-.18	.31**	-.08	.08	.10	.16	.02	.25*	.22*	.61***	1

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 5.

*Resultados del análisis de regresión de las variables sociodemográficas, estrés percibido, personalidad y afrontamiento sobre depresión y ansiedad en el grupo clínico (N = 80)*

Criterio: Depresión	$\beta$	t	$F_{(9,70)}$	$R^2$ ajustado
Sexo	-.22	-2.21*	5.66***	.34
Edad	.12	1.25		
Nivel educativo	-.09	-.96		
Situación laboral	.23	2.40*		
Estrés percibido	.15	1.49		
Extraversión	-.17	-1.58		
Neuroticismo	.14	1.20		
Positividad	-.34	-3.27**		
Afront. de falta de compromiso	.22	2.29*		
Criterio: Ansiedad	$\beta$	t	$F_{(7,72)}$	$R^2$ ajustado
Sexo	-.13	-1.23	3.23**	.17
Edad	.18	1.60		
Nivel educativo	-.10	-.96		
Situación laboral	.14	1.35		
Estrés percibido	.13	1.10		
Neuroticismo	.30	2.65**		
Afront. de religión	.14	1.27		

Nota. (1) Método: Introducir, tomando como predictores las variables sociodemográficas relevantes y las psicológicas significativamente correlacionadas con cada criterio; (2)  $\beta$ : Coeficiente de regresión estandarizado (3) t: prueba t de Student; (4)  $R^2$  ajustado: Coeficiente de determinación ajustado; (5) \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; (6) Situación laboral: 1 = Activa, 2 = No activa; Sexo: 1 = Hombre, 2 = Mujer; (7) Afront.: Afrontamiento.

En la muestra total se obtuvo un modelo significativo que explicaba el 70 % de la varianza de la sintomatología depresiva ( $F_{(14,145)} = 27.84, p < .001$ ). Según el modelo, un mayor neuroticismo, menor extraversion y positividad, mayor afrontamiento de falta de compromiso, mayor estrés percibido, estar en situación laboral no activa y pertenecer al grupo clínico predijeron una mayor depresión (ver Tabla 3).

Al resultar significativa la variable grupo, se realizaron posteriormente los mismos análisis para cada uno por separado. No obstante, en estos análisis, al reducirse el tamaño de la muestra, sólo se incluyeron como predictores, además de las variables sociodemográficas, aquellas de personalidad, afrontamiento y percepción de

estrés que correlacionaran significativamente con los síntomas de depresión (ver Tabla 4).

En el caso del grupo clínico (ver Tabla 5), la capacidad predictiva de las variables sobre la sintomatología depresiva fue del 34 % ( $F_{(9,70)} = 5.66, p < .001$ ). Según el modelo, menor positividad, mayor afrontamiento de falta de compromiso, estar en situación laboral no activa y ser hombre predijeron una mayor depresión. En el caso del grupo control (ver Tabla 6), la varianza predicha fue del 50 % ( $F_{(10,69)} = 8.85, p < .001$ ), resultando significativas en este caso el neuroticismo y la situación laboral no activa, y de forma marginalmente significativa, la baja positividad y el estrés percibido.

Tabla 6

*Resultados del análisis de regresión de las variables sociodemográficas, estrés percibido, personalidad y afrontamiento sobre depresión y ansiedad en el grupo control (N = 80)*

<b>Criterio: Depresión</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b><math>F_{(10,69)}</math></b>	<b><math>R^2</math> ajustado</b>
Sexo	.01	.05	8.85***	.50
Edad	.03	.33		
Nivel educativo	-.12	-1.17		
Situación laboral	.28	3.20**		
Estrés percibido	.16	1.81		
Extraversión	-.13	-1.46		
Neuroticismo	.32	2.68**		
Positividad	-.19	-1.91°		
Afront. de compromiso	-.04	-.42		
Afront. de falta de compromiso	.18	1.65		
<b>Criterio: Ansiedad</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b><math>F_{(10,69)}</math></b>	<b><math>R^2</math> ajustado</b>
Sexo	.18	1.88°	7.98***	.47
Edad	.00	.03		
Nivel educativo	-.12	-1.12		
Situación laboral	.27	2.96**		
Estrés percibido	.11	1.25		
Neuroticismo	.39	3.16**		
Positividad	-.10	-.97		
Afront. de compromiso	-.14	-1.47		
Afront. de falta de compromiso	.10	.88		
Afront. de religión	.14	1.46		

*Notas.* (1) Método: Introducir, tomando como predictores las variables sociodemográficas relevantes y las psicológicas significativamente correlacionadas con cada criterio; (2)  $\beta$ : Coeficiente de regresión estandarizado (3) t: prueba t de Student; (4)  $R^2$  ajustado: Coeficiente de determinación ajustado; (5) ° $p < .07$ ; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; (6) Situación laboral: 1 = Activa, 2 = No activa; Sexo: 1 = Hombre, 2 = Mujer; (7) Afront.: Afrontamiento.

En el caso de la capacidad predictiva de las variables sobre la sintomatología ansiosa en la muestra total, la ecuación predijo el 54 % de la varianza de la ansiedad. Según el modelo obtenido ( $F_{(14,145)} = 14.27, p < .001$ ), un mayor neuroticismo, estar en situación laboral no activa, un nivel educativo más bajo y pertenecer al grupo clínico predijeron una mayor puntuación en ansiedad. También fueron predictores marginalmente significativos el aumento en la edad y un mayor estrés percibido (ver Tabla 3).

En este caso también resultó significativa la variable grupo, realizándose los análisis igualmente para cada uno por separado, siguiendo el mismo criterio que en el caso de la depresión, es decir, tomando como predictores las variables de personalidad, afrontamiento y estrés que correlacionaron significativamente con los síntomas de ansiedad. En el caso del grupo clínico (ver Tabla 5), la capacidad predictiva de las variables sobre la sintomatología ansiosa fue del 17 % ( $F_{(7,72)} = 3.23, p < .01$ ), resultando el neuroticismo el único predictor significativo. En el caso del grupo control (ver Tabla 6), la varianza predicha fue del 47 % ( $F_{(10,69)} = 7.98, p < .001$ ), resultando significativas las variables de neuroticismo, situación laboral y de forma marginalmente significativa, el sexo, a favor de mayor sintomatología ansiosa en las mujeres.

## Discusión

Los objetivos principales de este estudio fueron comprobar la capacidad predictiva de algunas variables psicológicas y sociodemográficas significativas sobre el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de personas con Trastorno Adaptativo, una categoría diagnóstica muy utilizada, controvertida, y poco investigada, así como la comparación de los resultados con una muestra control.

En general, se encontró que, considerando la muestra total, la ansiedad y la depresión podían predecirse en un 54 % y un 70 %, respectivamente, por las variables incluidas (ver Tabla 3), aunque los resultados variaban considerablemente al realizar por separado los análisis para cada grupo (clínico y control), reduciéndose el número de variables predictoras y la varianza explicada por

éstas (ver Tablas 5 y 6). Estos resultados pueden deberse, entre otros factores, al menor tamaño de la muestra al considerar cada grupo por separado, al menor número de predictores significativos incluidos en las ecuaciones finales (por ejemplo, en la ecuación sobre la ansiedad, en el grupo clínico sólo resultó significativo el neuroticismo, siendo la capacidad predictiva de la ecuación la más baja, del 17 %), y especialmente a la consideración conjunta y potenciada de las interrelaciones entre los predictores en la muestra total, siendo relevantes diferentes variables cuando se realizan los análisis por separado para cada grupo. A continuación, se describen más exhaustivamente los resultados en base a los objetivos e hipótesis planteadas.

El primer objetivo fue estudiar las relaciones de la personalidad con los síntomas, planteándose como primera hipótesis que el neuroticismo predeciría positivamente tanto la sintomatología ansiosa como depresiva, mientras que mayor extraversión y positividad predecirían menor nivel de sintomatología. Esta hipótesis se cumplió al considerar la muestra total, pero sólo parcialmente considerando cada grupo por separado, aunque los resultados fueron en la misma línea, no siendo significativas las betas correspondientes. El neuroticismo resultó ser un predictor significativo de ambos tipos de síntomas únicamente en el grupo control, resultando sólo relevante en la predicción de la ansiedad en el grupo con TA (aunque en el caso de la depresión, los resultados fueron en la línea de los demás resultados, con una beta tipificada de .14 que no fue suficiente, sin embargo, para resultar significativa). La positividad predijo menos síntomas depresivos, pero no ansiosos, en ambos grupos. Y la extraversión sólo se relacionó con los síntomas depresivos en la muestra total, aunque al considerar cada grupo por separado las betas, aun siendo mayores y en igual dirección que con la muestra completa, no resultaron significativas, influyendo, posiblemente, el tamaño grupal y las interrelaciones entre los diferentes predictores considerados. Por tanto, tampoco se cumplió la quinta de las hipótesis relacionada con las diferencias entre grupos, dado que no resultaron predictivas las mismas variables (excepto en el caso de la positividad, donde los resultados fueron consistentes en ambos grupos). Estos resultados no resultarían compatibles con estudios como el metaanálisis de Malouff y colaboradores (2005), que

encontraron que mayor neuroticismo y menor extraversion se relacionaría con más síntomas y trastornos tanto ansiosos como depresivos, u otros trabajos que relacionan el alto neuroticismo con ambos síntomas, y la baja extraversion sólo con la depresión (Kotov et al., 2010; Watson y Clark, 1992). Es probable que estos resultados se relacionen en parte con la diferenciación de la muestra de estudio en un grupo clínico y otro control, lo que supone al fin y al cabo dividir a los sujetos en altos y bajos en algunas características. Como consecuencia se ve afectada la dimensionalidad o linealidad de las mismas características, lo que afecta a las relaciones entre las variables. Por ejemplo, en el caso del grupo clínico, con más alto neuroticismo y mayor homogeneidad de la muestra al compartir un mismo diagnóstico que en el caso del grupo control, esta variable no predijo la depresión, a pesar de que es considerada uno de los predictores más relevantes de psicopatología ansiosa y depresiva. Aunque, como ya se ha comentado, parte de los resultados podrían explicarse por el menor tamaño de las submuestras.

Con respecto a la positividad, los resultados son acordes a la literatura, que la ha relacionado negativamente con el afecto negativo y la depresión (Caprara et al., 2012), lo cual es esperable considerando que es conceptualizada como un factor disposicional, relacionado con la tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo, con componentes tanto cognitivos-evaluativos como emocionales-afectivos que afectan a la interpretación de la situación y los propios recursos.

La segunda hipótesis, según la cual se esperaba encontrar que el uso de estrategias de afrontamiento de falta de compromiso predijese mayores niveles de sintomatología, y el resto predijese menores niveles, sólo se cumplió en su primera parte. Es decir, en nuestro estudio encontramos que un mayor uso del afrontamiento de falta de compromiso se relacionó con un aumento de la sintomatología depresiva, pero no ansiosa, en la muestra total y clínica, no en la control (y por tanto, en este caso, también se encontraron diferencias entre los grupos, aunque como en el caso de la personalidad, los resultados fueron en la misma línea, con una beta tipificada de .18 en el grupo control, superior incluso a la obtenida en la muestra total, pero insuficiente para resultar significa-

tiva). Este resultado no resulta compatible con las relaciones encontradas tanto con depresión como con ansiedad (Carver y Connor-Smith, 2010), aunque podría explicarse por la relación encontrada en la literatura entre el afrontamiento más pasivo o evitativo y aquellas situaciones estresantes en que la persona valora que tiene escaso control percibido o autoeficacia, variables que a su vez guardan estrecha relación con la depresión (Bandura, 1997). Podría también sugerirse, que el mayor peso en el grupo clínico del afrontamiento de falta de compromiso o evitativo frente a un rasgo más estable como el neuroticismo en la predicción de la sintomatología depresiva, estaría indicando un efecto significativo de mediación, que podría no estar actuando en el grupo control, donde la sintomatología no es tan elevada ni alcanza niveles clínicos, siendo en este caso el peso predictivo del rasgo de neuroticismo mayor y de efecto más directo, hipótesis que debería abordarse en futuras investigaciones.

El resto de estrategias de afrontamiento (de compromiso, humor, búsqueda de apoyo social, y religión), consideradas generalmente como más activas y dirigidas al manejo del problema o de las emociones asociadas, no se asoció a una disminución de síntomas, tal como se esperaba. No obstante, en la revisión de Taylor y Stanton (2007) se concluyó que, aunque en general el afrontamiento de aproximación o de compromiso se relaciona positivamente con la salud física y psicológica en circunstancias estresantes, los resultados son menos concluyentes que los encontrados con el afrontamiento evitativo o de falta de compromiso. Esto puede ser debido a diversos factores como, por ejemplo, el hecho de que algunas estrategias como la solución de problemas, aunque pueden promover el afecto positivo, no resultan útiles para el manejo de los aspectos inmutables o incontrolables del estresor, repercutiendo en la eficacia del afrontamiento y en la salud mental general.

En cuanto a la tercera hipótesis, relacionada con la capacidad predictiva del estrés percibido, se esperaba que predijese mayores niveles de síntomas tanto ansiosos como depresivos, pero también en este caso los resultados sólo se cumplieron en parte. Se encontró que mayor estrés percibido predijo mayor depresión considerando la muestra total, siendo casi significativo en la predicción de la ansiedad. No obstante, no resultó un predictor signifi-

cativo considerando los grupos por separado (fue casi significativo en la predicción de la depresión en el grupo clínico, pero no lo fue en el control, aunque como en el afrontamiento y la personalidad, también en este caso los resultados fueron en la misma línea aunque sin alcanzar la significación estadística). Por tanto, en este caso los resultados sí que fueron similares en ambos grupos. Es probable que debido a la estrecha relación del estrés percibido con otras variables de estudio, como la personalidad o el afrontamiento, al considerarse conjuntamente con ellas pierda significación en la predicción de los síntomas, lo cual debería ser analizado en posteriores estudios.

Por último, con respecto a la cuarta hipótesis, relativa a las variables sociodemográficas, tampoco se encontraron los resultados esperados, aunque en este caso no hubo muchas diferencias entre los grupos. Únicamente resultó significativa la situación laboral, que predijo la sintomatología tanto ansiosa como depresiva, independientemente de la muestra considerada, lo cual resulta compatible en general con los hallazgos previos (Altemus et al., 2014; Tang et al., 2014), y coherente si se considera que el hecho de no tener trabajo puede ser en sí mismo una situación estresante que dé lugar a sintomatología. Los resultados en las demás variables sociodemográficas fueron más inconsistentes (menor nivel educativo predijo mayor ansiedad en la muestra total, siendo casi significativa la edad, y ser hombre predijo más depresión sólo en la clínica). No obstante, la literatura ha encontrado que las mujeres, determinados grupos de edad y las personas con menor nivel educativo tienen mayores niveles de psicopatología, lo que se ha asociado en muchos casos a las diferencias en roles sociales y recursos disponibles (Altemus et al., 2014; Tang et al., 2014). Por tanto, el resultado debería ser también estudiado más en profundidad, ya que podría haber influido igualmente el hecho de considerar en los mismos análisis otras variables de mayor relevancia.

En resumen, en este estudio se encontró que la positividad predecía mayores puntuaciones en depresión independientemente de la muestra; el neuroticismo predecía también mayor ansiedad en ambas muestras, pero sólo era relevante en la predicción de la depresión en el grupo control; el afrontamiento sólo era relevante en el

grupo clínico, donde mayor uso del afrontamiento de falta de compromiso predecía más síntomas depresivos, mientras que el estrés percibido mostraba valores cercanos a la significación en la predicción de síntomas depresivos en el grupo control; y por último, la variable sociodemográfica más consistentemente asociada a los síntomas fue estar en paro, prediciendo tanto síntomas ansiosos como depresivos. Por tanto, en base a los resultados de este trabajo puede afirmarse que tanto la personalidad como el afrontamiento, junto con algunas características sociodemográficas y el estrés percibido por la persona, podrían considerarse factores de vulnerabilidad que pueden influir en el desarrollo y gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva (tanto en muestras generales como clínicas, en este caso con TA), aunque con diferente peso según la muestra considerada.

Las aplicaciones clínicas son evidentes. Por un lado, con respecto a la evaluación clínica, a partir de varios autoinformes breves, de personalidad, afrontamiento y estrés percibido, se podría predecir el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva en sujetos sometidos a estrés vital, sin psicopatología y con TA. Y por otro lado, con respecto al abordaje psicoterapéutico, los resultados apuntarían a la recomendación de intervenciones preventivas o terapéuticas, en muestras generales y clínicas respectivamente, dirigidas al desarrollo de estrategias, en primer lugar, de autorregulación emocional, para disminuir la tendencia a experimentar emociones negativas, y así prevenir el desarrollo o empeoramiento de síntomas tanto ansiosos como depresivos (especialmente en la población general); en segundo lugar, de cara a un mejor afrontamiento del estrés vital (minimizando el uso de estrategias pasivas o evitativas), lo que repercutiría en un menor nivel de síntomas depresivos en los sujetos con TA; y por último, dirigidas a la modificación de los procesos cognitivos o valorativos (sobre la situación o sobre los propios recursos), lo que influiría en una disminución de los síntomas depresivos tanto en muestras generales como con TA.

A pesar de lo anterior, el estudio realizado tiene algunas limitaciones, relacionadas principalmente con la metodología. En primer lugar, se trata de un estudio correlacional por lo que no pueden establecerse relaciones de causalidad. En segundo lugar, sólo se usan autoinformes

mes retrospectivos, pudiendo verse afectados los resultados por sesgos de memoria o por el estado afectivo de los sujetos (Caprara et al., 2010; Gärling y Gamble, 2012). Con respecto a los análisis realizados, no se estudia el papel moderador de las variables de personalidad y afrontamiento entre el estrés y la sintomatología, ni el papel mediador del estrés y el afrontamiento entre la personalidad y la sintomatología, ya que excedía los objetivos de este trabajo, además de la necesidad de muestras más amplias, aunque sería interesante para una futura investigación. Y, por último, en este estudio no se consideran variables muy relevantes, por ejemplo, relacionadas con el estrés experimentado, que tienen que ver con aspectos valorativos como la controlabilidad y la predictibilidad, y que guardan gran relación con el estrés percibido y con las respuestas que el sujeto pone en marcha (Sandín, 2008).

## Referencias

- Alessandri, G., Caprara, G. V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, 17, 44-54. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000070>
- Altemus, M., Sarvaiya, N. y Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 320–330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Ed. (DSM-V). Arlington, VA: APA. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Benet-Martínez, V. y John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.729>
- Bermúdez, M. P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21, 220-226. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., ... y Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026681>
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z. y McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations of what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19, 63-71. <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00001615>

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.  
[http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Carver, C.S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.  
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.179.6.479>
- Ferrando, L., Franco, A. L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L. y Gibert, J. (1998). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (Versión en español 5.0.0.) DSM-IV. Madrid, España: Instituto IAP.
- For-Wey, L., Fei-Yin, L. y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167, 678-682.
- Gärling, T., y Gamble, A. (2012). Influences on current mood of eliciting life-satisfaction judgments. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 219-229.  
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2012.674547>
- IBM Corp (2010). *IBM SPSS. Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking "Big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0020327>
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0015309>
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family careers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139, 1-11.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.055>
- López-Ibor, J. J., Pérez-Urdániz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid, España: Meditor.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.  
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>
- Lucas, R. E. y Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1039-1056.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.6.1039>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. y Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10862-005-5384-y>
- Mandelli, L., Nearchou, F.A., Vaiopoulos, C., Stefanis, C.N., Vitoratou, S., Serretti, ... y Stefanis, N.C. (2015). Neuroticism, social network, stressful life events: Association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry Research*, 226, 38-44.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.001>
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1991). Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232.  
<http://dx.doi.org/10.1177/014616729101700217>

- Mirnics, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., ... y Juhasz, G. (2013). The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danuina*, 25, 379-88.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE [COPE-28: A psychometric analysis of the Spanish version of the Brief COPE]. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Naragon-Gainey, K., Rutter, L. A. y Brown, T. A. (2014). The interaction of extraversion and anxiety sensitivity on social anxiety: evidence of specificity relative to depression. *Behavioral Therapy*, 45, 418-429. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.01.004>
- Rammstedt, B. y John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less. A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
- Sandin, B. (2008). El estrés [Stress]. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. II, pp. 3-42). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Sanz, J., García-Vera, M. P. y Fortún, M. (2012). El inventario de Ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos [The Beck Anxiety Inventory (BAI): Psychometric properties of the Spanish version in patients with psychological disorders]. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20, 563-583.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios [Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in university students]. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Seiffge-Krenke, I. y Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 617-630.
- Sheehan, D. V., Lecriubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., ..., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Tang, B., Liu, X., Liu, Y., Xue, C. y Zhang, L. (2014). A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health*, 14, 623. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-623>.
- Taylor, S. E. y Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 377-401. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2015a). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo [Positivity and coping in patients with adjustment disorder]. *Anales de Psicología*, 31, 462-471. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176631>
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015b). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist*, 19(1). <http://dx.doi.org/10.1111/cp.12064>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la Depresión de Beck de 1978 [Reliability and normative values of the Spanish version of the Beck Depression Inventory of 1978]. *Clinica y Salud*, 8, 403-422.

- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Spijker, A. V., Oostra, K. M., Busschbach, J. J. y Ribbers, G. M. (2015). Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96, 1492-1498. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.007>
- Watson, D. y Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00980.x>
- World Health Organization (WHO). (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra, Suiza: WHO.

## LIFE STRESS: PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES AS PREDICTORS OF EMOTIONAL DISTRESS

BEATRIZ VALLEJO-SÁNCHEZ Y ANA M. PÉREZ-GARCÍA

### EXTENDED SUMMARY

#### Introduction

During lifetime, one has to face multiple stressful situations to which we can either, adapt to satisfactorily, or develop symptoms that may call for help or treatment at a given time. Personality and coping used to manage stress play an important role in the development of mental health problems. Specifically, high neuroticism, low positivity and disengagement coping prevent an adequate reaction to the problem itself. Furthermore, they have been associated with the presence of psychopathology (Li, Cooper, Bradley, Shulman, & Livingston, 2012; Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005). However, very few previous studies specifically examine personality and coping in people with “Adjustment Disorder” (AD) or “reaction to stress”. A frequent diagnosis, as described in the classifications DSM-V (APA, 2013) and CIE-10 (WHO, 1992), is a maladaptive reaction to identifiable psychosocial stressors that comprise a wide variety of emotional symptoms or behaviour, as well as a significant deterioration in social or occupational functioning. Some studies have found that these variables are

also relevant in samples with AD (For-Wey, Fei-Yin, & Bih-Ching, 2002; Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2015a, 2015b). Therefore, it would be interesting to carry out comparative studies with general samples or with other mental disorders, to analyse if personality and coping have different weight depending on the group, and contribute to the development of evaluation and intervention strategies.

The aim of this study was to analyse whether these psychological variables, as well as perceived stress and some relevant socio-demographic characteristics, could predict the presence and severity of anxious and depressive symptoms in a sample of people with AD, compared to a control group.

#### Method

#### Participants

This cross-sectional study was carried out on 160 subjects divided into two groups: patients diagnosed with AD (WHO, 1992; APA, 2013) and a control group.

The clinical group was made up of 80 outpatients who had been seen at the Mental Health Unit Santa Barbara Hospital and were diagnosed with AD through an initial, non-structured clinical interview. The presence of other psychopathology was discharged through two structured interviews: The International Mini Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998; Spanish version by Ferrando et al., 1998) and the International Personality Disorders Examination (Loranger, 1995; Spanish version by López-Ibor, Pérez, & Rubio, 1996).

The control group consisted of 80 people that had experienced at least one major stressful life event, but without mental health problems.

### **Measures and procedure**

To measure perceived stress, a Life Events Scale was made, which consisted in a list of 40 stressful events to assess the occurrence and associated stress.

To measure personality, the Big-Five Inventory-44 (BFI-44; Benet-Martínez & John, 1998) was used. It is a self-administered inventory comprised of 44 items, which assess the dimensions of normal personality described according to the Big-Five model (Costa & McCrae, 1992): Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Neuroticism, and Openness. Only Extraversion ( $\alpha = .70$ ) and Neuroticism ( $\alpha = .84$ ) were applied in this study.

To measure positive orientation, the Positivity Scale (Caprara, 2011; Spanish version by Caprara et al., 2012) was used. It is a brief self-assessed scale consisting of 8 items which assessed the positivity or propensity to think positively about oneself, life and the future ( $\alpha = .83$ ).

To measure coping, the Brief COPE (Carver, 1997; Spanish version by Morán, Landero, & González, 2010) was used. It is a self-assessed inventory, initially organised into 28 items and 14 scales (two items in each scale). In this study, to maximise the reliability of the scales, the strategies were grouped into five categories

following previous results (Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2015a): Humour coping ( $\alpha = .83$ ), religion coping ( $\alpha = .84$ ), engagement coping ( $\alpha = .81$ ), disengagement coping ( $\alpha = .89$ ) and social support coping ( $\alpha = .88$ ).

Finally, depressive symptoms were evaluated through the Beck Depression Inventory (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Spanish version by Vázquez & Sanz, 1997), a 21 items self-assessed inventory ( $\alpha = .94$ ); and anxious symptoms were assessed through the Beck Anxiety Inventory (Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988; Spanish version by Sanz & Navarro, 2003), a self-inventory of 21 items ( $\alpha = .96$ ).

All the subjects meeting the inclusion criteria requirements were assessed through a protocol approved by the Hospital's Ethics Committee, which included a sheet of socio-demographic data and the previously described instruments completed at home. All the subjects who agreed to participate signed a consent form.

### **Statistical analysis**

Statistical analyses were conducted using SPSS for Windows (version 19.0; IBM Corp., Armonk, NY, USA). To determine whether there were differences between the groups (clinical and control),  $\chi^2$  tests (in the categorical variables) and analysis of variance (in the continuous variables) were used. Multiple regression analyses were carried out to predict symptomatology considering personality, coping, perceived stress and socio-demographic factors as predictors.

## **Results**

There were no significant differences in the distribution of sex ( $\chi^2 = 1.34$ , gl = 1,  $p = .16$ ) and marital status ( $\chi^2 = 3.98$ , gl = 3,  $p = .26$ ). However, there were differences found in employment status ( $\chi^2 = 40.10$ , gl = 1,  $p < .001$ ), educational level ( $\chi^2 = 25.05$ , gl = 2,  $p < .001$ ) and age [ $F_{(1,158)} = 3.49$ ,  $p = .06$ ] (almost significant). The socio-demographic variables that showed differences between the clinical group and the control

group were considered in subsequent statistical analyses. Although the number of women and men was equivalent in both groups, this variable was also considered because it is always advisable to control its influence on symptomatology.

These relevant socio-demographic variables (educational level, employment status, age and gender) were controlled in the MANOVA of a factor (clinical and control group) carried out. The clinical group reported (all F's with  $p < .001$ ) greater neuroticism ( $\eta^2_p = .22$ ) and less extraversion ( $\eta^2_p = .05$ ) and positivity ( $\eta^2_p = .15$ ) than the control group. They also used disengagement strategies more ( $\eta^2_p = .10$ ) and humour strategies less ( $\eta^2_p = .07$ ). Finally, the clinical group perceived higher levels of stress ( $\eta^2_p = .11$ ), and reported more symptoms of anxiety ( $\eta^2_p = .22$ ) and depression ( $\eta^2_p = .36$ ) than the control group.

To test the predictive capacity of personality factors (extraversion, neuroticism, and positivity), coping strategies (humour, religion, engagement, disengagement and social support), perceived stress and socio-demographic variables (sex, age, educational level and employment status) on symptomatology, regression analyses were carried out.

In the total sample, a significant model was obtained that explained 70 % of depressive symptomatology ( $F_{(14,145)} = 27.84$ ,  $p < .001$ ). The significant variables were: more neuroticism, disengagement coping and perceived stress; less extraversion and positivity; as well as being unemployed and belonging to the clinical group.

The same analyses were made for each group separately, since this variable was a significant predictor of both anxious and depressive symptoms. In the clinical group, the significant model obtained ( $F_{(9,70)} = 5.66$ ,  $p < .001$ ) accounted for 34% of the depressive symptoms. Lower positivity, greater use of disengagement or avoidant coping, being a male and unemployment predicted higher depressive symptomatology. Whereas in the control group, the significant model obtained ( $F_{(10,69)} = 8.85$ ,  $p < .001$ ) accounted for 50 % of these symptoms. In this case, more neuroticism and being unemployed result in higher depressive symptoms.

In the case of anxiety, the predictive capacity of the regression model was 54 % ( $F_{(14,145)} = 14.27$ ,  $p < .001$ ). Further anxious symptoms were predicted by: greater neuroticism, being unemployed, lower educational level and belonging to the clinical group. Regarding the clinical group, the predictive capacity of variables by anxious symptoms was only 17 % ( $F_{(7,72)} = 3.23$ ,  $p < .01$ ), being neuroticism the only significant predictor. Whereas in the control group, the predicted variance was 47 % ( $F_{(10,69)} = 7.98$ ,  $p < .001$ ). Higher neuroticism, being a female, and unemployment predicted higher anxiety in this group.

## Discussion

The aim of this study was to analyse the influence of personality, coping, perceived stress and some relevant socio-demographic variables on the symptoms of anxiety and depression in a sample of patients with AD, as well as analysing if the significant predictor variables were the same in a control group.

The regression analysis results, considering the total sample, indicated that anxiety could be predicted on a 54 % by higher scores in neuroticism, less educational level, being unemployed and belonging to the clinical group. Whereas in the case of depression, the predictive capacity of the regression model was even greater, 70 %, resulting in greater neuroticism, disengagement coping and perceived stress; less extraversion and positivity; as well as being unemployed and belonging to the clinical group as relevant predictors.

When analyses were performed separately for each group (clinical and control), the number of predictors and the variance decreased significantly, especially in the clinical group. Summarising: In the first place, less positivity predicted higher scores on depression regardless of the considered sample. Secondly, greater neuroticism also predicted greater anxiety in both samples, but it was only relevant in predicting depression in the control group. Thirdly, use of disengagement coping predicted

higher scores on depression only, being only relevant in the clinical group. Fourthly, perceived stress predicted depressive symptoms in the control group, although this result was marginally significant. Finally, the socio-demographic variable most consistently associated with symptoms was being unemployed, predicting both anxious and depressive symptoms, whereas the educational level predicted greater anxiety only in the total sample, and sex –being male– predicted greater depression in the clinical group.

The above results relating psychological variables (personality, coping and perceived stress) to psychopathology are consistent with previous literature (Alessandri, Caprara, & Tisak, 2012; Caprara et al., 2012; Carver & Connor-Smith, 2010; Malouff et al., 2005; Visser et al., 2015). The influence of socio-demographic variables on the development of psychopathology has also been widely studied (Altemus, Sarvaiya, & Epper-son, 2014; Tang, Liu, Liu, Xue, & Zhang, 2014). Despite some authors consider that their importance could be explained in terms of their relationship to the amount of personal and social resources the individual has, or perceives to have (González, Fernández, Perez, & Friend, 2007).

In conclusion, the results of this research support the studied variables as vulnerability factors for mental health (anxiety and depressive symptoms) on both general and clinical samples (AD in particular), although with different weights depending on the sample considered.

The clinical implications are evident. Coping resources and personality, with some sociodemographic characteristics and perceived stress, should be considered in the assessment and treatment of those people exposed to situations of significant stress. These variables seem to make up important aspects in the AD diagnosis and treatment, but they may be even more relevant in people who have not yet developed mental health problems.

This study is not without its limitations. It is a cross-sectional and correlational study; therefore, causality re-

lations cannot be established. Only retrospective self-reports with the implied bias were used, meaning that the psychopathology in itself could have had some influence on the person's self-perception or self-description (Costa, Bagby, Herbst, & McCrae, 2005). On the other hand, the mediating or moderating role of some variables was not analysed, since they exceeded the objectives of this study and the size of the sample was insufficient. Finally, other variables related to stress that may have influenced the results, like the controllability and predictability of the stressors (Sandín, 2008), have not been studied.

## PREDICTORES DEL MIEDO Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DEL CONTEXTO PLURICULTURAL DE CEUTA

## PREDICTORS OF FEAR AND SOCIAL SKILLS IN ADOLESCENTS IN THE MULTICULTURAL CONTEXT OF CEUTA

FEDERICO PULIDO-ACOSTA<sup>1</sup> Y FRANCISO HERRERA-CLAVERO<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pulido-Acosta, F., y Herrera-Clavero, F. (2016). Predictores del miedo y las habilidades sociales en adolescentes del contexto pluricultural de Ceuta [Predictors of fear and social skills in adolescents in the multicultural context of Ceuta]. *Acción Psicológica*, 13(1), 179-190. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.15560>

### Resumen

El objetivo fundamental perseguido en este trabajo fue el de conocer los predictores del Miedo y las Habilidades Sociales, así como las relaciones existentes entre ambos de alumnos de 12 a 18 años, en la ciudad de Ceuta. Para ello se contó con 557 participantes, de 4 institutos distintos, que reflejan las características del contexto pluricultural de la ciudad. De ellos el 54.2 % fueron chicas, mientras que el 45.8 % fueron varones. El 64.5 % pertenecían a la cultura/religión musulmana, mientras que el 35.5 % eran cristianos. Como instrumentos de evaluación se emplearon la adaptación de Ascensió, Vila, Robles-García, Páez, Fresán y Vázquez (2012) del Inventario de Miedo para Niños (FSSC-II), junto con la EHS (Escala de Habilidades Sociales, Gismero, 2000).

Los resultados reflejan niveles medio-bajos de Miedo y medio-altos en las Habilidades Sociales. Las Habilidades Sociales sólo se encuentran bajo la influencia de las variables sociodemográficas Género y Cultura. En el Miedo los predictores son el Género y la Cultura/Religión. Existe relación entre Miedo y las Habilidades Sociales, aumentando estas últimas a medida que descienden las puntuaciones en Miedo.

**Palabras clave:** miedo; habilidades sociales; contexto pluricultural.

### Abstract

The main objective of this paper is to reflect the predictors of Fear and Social Skills, and the influence over each other, of teenagers from 12 to 18 in the city of Ceuta. To make it possible we focused on 557

**Correspondencia:** Francisco Herrera Clavero. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada.

**Email:** fherrera@ugr.es

<sup>1</sup> Universidad de Granada, España.

Recibido: 05 de febrero de 2016.

Aceptado: 22 de marzo de 2016.

participants from 4 different high schools that clearly reflect the city's pluricultural features; 45.8 % of them are boys and 54.2 % are girls; 64.5 % are Muslims and 35.5 % are Christians. The techniques used in this survey are Fear Survey Schedule for Children (FSSC-II), adapted for its use in the Spanish language by Ascensio et al. (2012) as well as the EHS (Gismero, 2000). The results show medium-low levels on Fear and medium-high levels on Social Skills. The Social Skills only are influenced by the sociodemographic factors of gender and custom/religion. The Fear is influenced only by gender and customs/religion. We have also found a relationship between Fear and Social Skills.

**Keywords:** fear; social skills; pluricultural context.

## Introducción

Los cambios demográficos de las últimas décadas han generado cambios importantes en las relaciones generacionales, pasando de una vida familiar multigeneracional a una intergeneracional, con importantes consecuencias para las relaciones de ayuda y apoyo (Braz, Cômodo, Del Prette, Del Prette y Fontaine, 2013). La actuación social competente puede ser decisiva para el éxito social y profesional. El comportamiento incompetente, en este sentido, posee una serie de consecuencias negativas como el rechazo social, desajustes psicológicos, problemas emocionales y académicos y comportamiento antisocial (Bueno, Durán y Garrido, 2013). Del mismo modo, los estilos adecuados pueden calmar la ansiedad y el estrés, dado que la mayoría de numerosas fuentes de estrés dependen de las relaciones interpersonales. Esto es una importante razón que puede explicar el desarrollo y aceptación de los entrenamientos en habilidades sociales, cuyo objetivo último no es otro que la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas (Delgado, Inglés y García, 2014). De esta forma, se aproximan dos elementos que se consideran en el presente estudio: las emociones de carácter negativo y las habilidades sociales.

Se pone el foco, en una de estas emociones: el miedo, considerada como una emoción específica básica. Como tal, incorpora los componentes fundamentales de ésta. Tiene especial relevancia el componente adaptativo, esencial para la supervivencia de la especie. Otra de las características fundamentales es que se trata de una reacción negativa o de carácter desagradable. Así, el miedo es una emoción de marcado carácter negativo, que se inicia en el procesamiento de estímulos, desencadenando una cascada fisiológica y conductual y con una finalidad adaptativa (Pulido y Herrera, 2015). Los fenómenos causantes de esta emoción tienen escasa variación si se consideran algunos de los factores que se tendrán en cuenta en el presente trabajo. Es lo que ocurre si se consideran género, edad, grupo cultural o estatus socioeconómico, dado que todos pertenecen a la categoría de miedo a la muerte (Ford, Mauss, Troy, Smolen y Hankin, 2014).

La edad ejerce una importante influencia tanto en intensidad como en número de miedos, descendiendo ambos a medida que aumentamos la edad (Kushnir, Gotthelf y Sadeh, 2014; Miloyan, Bulley, Pachana y Byrne, 2014; Pulido y Herrera, 2015). No obstante, los niveles permanecen sin excesivas variaciones si nos movemos dentro de una determinada etapa evolutiva, desde la entrada en el periodo de la adolescencia hasta la llegada a la edad adulta (Kushnir et al., 2014; Miloyan et al., 2014). Otro de los factores más relevantes dentro de este campo, es la enorme influencia existente si se considera la variable género. En todos los casos, son las participantes del género femenino las que obtienen niveles más elevados de Miedo (Matesanz, 2006; Pulido y Herrera, 2015). Considerando el entorno cultural y social en el que se realizó el trabajo, se puede remarcar una importante influencia del entorno cultural, social y socio-económico sobre la emoción que se está tratando. Así se describen diferencias estadísticamente significativas considerando estos factores en trabajos como los de Roth et al. (2014) y Pulido y Herrera (2015). Esto hace necesarios instrumentos validados transculturalmente, con poblaciones de distintos contextos lingüísticos y culturales, tal y como se recoge en Tobías-Imbernón, Olivares-Olivares y Olivares (2013).

Las Habilidades Sociales, consideradas como capacidad para manejar el repertorio afectivo y relacio-

narse con los demás, están muy vinculadas con las capacidades emocionales del sujeto. Del mismo modo que lo observado en la primera variable se puede considerar en el caso de las Habilidades Sociales, mejorando su ejecución a lo largo del desarrollo del sujeto (edad), variando en función del género, en este caso favorable a los varones y también en función de la cultura (Pulido y Herrera, 2015).

Siguiendo a Ford et al. (2014) se pueden marcar relaciones entre emociones negativas y estados sociales y emocionales. Ambas variables pueden llegar a ser inversamente proporcionales tal y como demuestran Pulido y Herrera (2015).

Considerando todo lo mencionado, se presenta el estudio correlacional llevado a cabo con una muestra de adolescentes escolarizados en institutos de la ciudad de Ceuta. Sus objetivos han sido analizar cuáles son los predictores de Miedo y Habilidades Sociales en este alumnado. Como variables se consideraron el género, la edad, la cultura y el estatus socio-económico y cultural. En segundo lugar, se busca conocer qué relación existe entre el Miedo y las Habilidades Sociales. De esta manera se determinará si, cada una de ellas, actúan como predictores de la otra. En base a la revisión bibliográfica realizada se esperan resultados superiores en los niveles de Miedo en función del Género, la Cultura y el Estatus socio-económico. También se esperan diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas a través del cuestionario para evaluar las Habilidades Sociales en función de Género y Cultura. Se espera que el Miedo y la Habilidades Sociales sean inversamente proporcionales.

## Método

### *Participantes*

Para llevar a cabo esta investigación se seleccionó una muestra integrada por 557 participantes repartidos entre cuatro institutos. Por edad, la muestra se distribuye entre el 17.1 % de primero de ESO, el 15.4 % de segundo, el 20.3 % de alumnos de tercero y el 21.5 % de cuarto de ESO. Correspondientes a los Bachilleratos se alcanzan el 12.9 % y el 12.7 % para primero y segundo respectivamente. Considerando la cultura (que se corresponde con la religión), el grupo mayoritario es el de participantes pertenecientes a la cultura-religión musulmana. Estos constituyen el 64.5 % de la muestra. El 35.5 % eran cristianos. En función de la variable género, se dan porcentajes muy parecidos, siendo el 45.8 % chicos y el resto (54.2 %) chicas. Atendiendo al estatus, sólo el 6.3 % de la muestra identificó su nivel como bajo. Fueron menos los que se identificaron como pertenecientes a un nivel alto (4.8 %). El 38.1 % corresponde al estatus medio-bajo y el 50.8 % al medio. Los participantes se seleccionaron por el método de muestreo incidental o casual. El error muestral fue del 3 %.

### *Instrumentos de evaluación*

Como instrumentos para evaluar el miedo se empleó el Inventario de Miedos para Niños (FSSC-II), en su adaptación al español. Su fiabilidad, en el presente estudio queda reflejada por un alpha de Cronbach de .957. Para la clasificación de los ítems por factores, se obtuvieron los 5 especificados en el cuestionario original. Los ítems quedan agrupados de la siguiente forma: dentro del primer factor quedan encuadrados los miedos provocados por lo desconocido y lo extraño. El segundo factor obtenido presenta se relaciona con el miedo a la muerte. El tercero, incluye aquellos ítems vinculados a animales y peligros. Los dos últimos tienen un peso menor y se relacionan respectivamente con los miedos médicos y con miedos desencadenados por temas

referidos a la escuela (5 ítems). Todos ellos dan una varianza total explicada del 40.07 %.

La evaluación de las Habilidades Sociales se hizo a través de la EHS (Gismero, 2000). Su fiabilidad en el presente trabajo fue de .813. Los factores encontrados fueron 6. El primero (con una varianza explicada de 7.72 %) se relacionan con la expresión de disconformidad, el segundo con la manifestación de enfado (7.58 %), el tercero son 4 y se relacionan con la interacción con personas del sexo opuesto (5.87 %). Para el cuarto subfactor aparecen 5 ítems, relativos a la manifestación de opiniones (5.83 %). La asertividad corresponde a la quinta categoría (5.32 %) y el último subfactor, constituido sólo por 2 ítems (4.5 %) se relaciona con la realización de peticiones. Todo ello da una varianza explicada total del 36.85 %.

## Procedimiento

Se solicitaron y obtuvieron las pertinentes autorizaciones, tanto en la Dirección Provincial de Educación, como en cada uno de los diferentes centros. Se respetó escrupulosamente la confidencialidad. Los alumnos, voluntariamente, contestaron los cuestionarios. Todos los cuestionarios fueron pasados por el investigador, en los diferentes centros educativos, en presencia del profesor de cada aula.

Se eligió el método no experimental "ex post facto". Una vez construida la base de datos, se comenzó por el análisis descriptivo, donde se destacaron los porcentajes alcanzados de manera general y en función de las variables sociodemográficas, a través de tablas de contingencia. Con la intención de comprobar los predictores se llevaron a cabo regresiones múltiples paso

a paso o "stepwise". Se consideraron como variables criterio las dos variables de estudio comentadas en el apartado anterior: Miedo y Habilidades Sociales. Para hacer el análisis más específico se consideraron también cada uno de los factores que forman parte del Miedo y las Habilidades Sociales, obtenidos a través de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Como predictoras se han usado las sociodemográficas y la que no actuaba como variable criterio. El análisis completo ha permitido la comprobación del comportamiento de la muestra desde la perspectiva las variables sociodemográficas, así como la interacción entre las variables de estudio.

## Resultados

Para la variable Miedo, la opción "poco miedo", con algo más de la mitad de la muestra (50.4 %) es la más frecuente, seguida de la de bastante miedo, alcanzada por el 31.2 % de los adolescentes. Esto hace que las opciones centrales sean las que aglomeran porcentajes más altos, alejados de la opción más baja (16.2 %) y de mucho miedo (2.2 %).

Los resultados resumidos en la tabla 1 muestran que el Miedo Total está bajo la influencia de las variables Género, Habilidades Sociales y Cultura/Religión. El conjunto de ellas dan cuenta del 26 % de la varianza en el Miedo ( $R^2 = .260$ ). El mayor poder determinante lo ejerce la variable Género, que por sí solo explica el 41.9 % de la varianza ( $\beta = .419$ ). Esta variable, adopta valores positivos, lo que indica que son las chicas las que tienen niveles más altos de Miedo (dado que se asoció el valor 2 para el género femenino, mientras que fue de 1 para los varones). Lo mismo ocurre con la Cultura, teniendo niveles superiores los musulmanes (ocurre lo mismo, siendo este grupo cultural asociado al valor 2). Sin

Tabla 1

Regresión miedo total

<b>R = .509</b>	<b>R<sup>2</sup> = .260</b>	<b>F = 64.491</b>	<b>p = .0000</b>			
		<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
		<i>Constante General</i>	90.930		7.355	.000
		Género	33.627	.419	11.222	.0000
		Habilidades Sociales	-.614	-.209	-5.608	.000
		Cultura/Religión	6.299	.075	2.055	.040

Tabla 2

*Regresión miedo animales*

<b>R = .552</b>	<b>R<sup>2</sup> = .305</b>	<b>F = 80.577</b>	<b>p = .0000</b>	
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Constante General	5.322		13.733	.0000
Género	12.301	.473	13.093	.0000
Habilidades Sociales	4.485	.166	4.666	.000
Cultura/Religión	-.137	-.144	-3.989	.000

embargo, las Habilidades Sociales son inversamente proporcionales (aumentan sus niveles a medida que disminuyen los de Miedo). Si se sigue la función que aparece a continuación, la regresión hace posible calcular el Miedo Total, conocidas el resto de variables. Miedo Total = 90.241 +33.627 (Género) - .614 (HHSS) + 6.299 (Cultura/Religión).

Los resultados de la regresión múltiple (Tabla 2) indican que el factor de Miedo a los Animales y al Peligro, viene determinado por las variables descritas en los totales: Género, Cultura/Religión y Habilidades Sociales. El conjunto de ellas da cuenta del 30.5 % de la varianza en Miedo a los Animales y al Peligro ( $R^2 = .305$ ). El mayor poder determinante lo tiene, de nuevo, el Género, que explica el 47.3 % de la varianza ( $\beta = .473$ ). Miedo Animales = 5.322+ 12.301 (Género) +4.485 (Cultura/Religión) – .137 (HHSS).

La regresión arroja los datos (Tabla 3) que permiten ver como el Miedo a la Muerte también está bajo la influencia de las variables Género y Habilidades Sociales. Entre ambas suman el 16.5 % de la varianza de este factor del Miedo ( $R^2 = .165$ ). La variable más determinante vuelve a ser el Género, que por sí sola explica el 36.2 % de la varianza ( $\beta = .362$ ). El resto de relaciones han quedado rechazadas, incluyendo la

Cultura/Religión que aparecía tanto en los totales como en factores anteriores. Miedo Muerte= 44.878 + 11492 (Género) -.151 (HHSS).

En la tabla 4 se reflejan los resultados que permiten demostrar que el factor de Miedo a lo Desconocido está bajo la influencia de las variables Género y Habilidades Sociales. El conjunto de ellas dan cuenta del 25.5 % de la varianza en este factor de Miedo, ( $R^2 = .255$ ). El mayor poder determinante lo vuelve a ejercer el Género, que por sí solo explica 35.6 % de la varianza ( $\beta = .356$ ). Las Habilidades Sociales vuelven a ser inversamente proporcionales a las puntuaciones en Miedo a lo Desconocido. Miedo Desconocido= 17.084 + 6.272 (Género) -.164 (HHSS).

Los resultados de la regresión (Tabla 5) permiten predecir el factor Miedos Escolares si se conocen las puntuaciones en Habilidades Sociales y el valor asignado al Género. Todas ellas suman el 10 % de la varianza en los Miedos Escolares ( $R^2 = .100$ ).

El mayor poder determinante lo vuelve a ejercer la puntuación en Habilidades Sociales, que explica el 22.7 % de la varianza ( $\beta = .227$ ). Las Habilidades Sociales son inversamente proporcionales a este factor de Miedo. Las chicas obtienen niveles superiores de Miedo.

Tabla 3

*Regresión miedo muerte*

<b>R = .406</b>	<b>R<sup>2</sup> = .165</b>	<b>F = 54.577</b>	<b>p = .0000</b>	
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Constante General	44.878		9.366	.0000
Género	11.492	.362	9.150	.0000
Habilidades Sociales	-.151	-.130	-3.281	.001

Tabla 4

*Regresión miedo desconocido*

<b>R = .475</b>	<b>R<sup>2</sup> = .255</b>	<b>F = 80.345</b>	<b>p = .0000</b>	
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Constante General</i>	17.084		6.673	.000
Género	6.272	.356	9.348	.000
Habilidades Sociales	-.164	-.025	-6.704	.000

Miedos Escolares = 21.618 -.125 (HHSS) + 2.768 (Género).

Para el factor de Miedos Médicos, los cálculos de la regresión reflejan que sus niveles se pueden anticipar si se conocen las variables Habilidades Sociales y Género. Todas las variables predictoras representan el 5.3 % de la varianza en los Miedos Médicos ( $R^2 = .053$ ). El mayor poder determinante vuelve a tenerlo la puntuación en Habilidades Sociales, que explica el 15.1 % de la varianza ( $\beta = .151$ ). Existe una relación inversamente proporcional entre los Miedos Médicos y las Habilidades Sociales. La variable Género vuelve a adoptar un valor positivo. Los datos que han permitido realizar esta descripción aparecen resumidos en la Tabla 6. Miedos Médicos = 4.812 - .037 (HHSS) + .973 (Género).

Entre las variables predictoras, ocupando el primer lugar como la más influyente destaca el Género, siendo las chicas las que evidencian un nivel más alto de Miedo que los chicos. Esta primera perspectiva se ve reflejada en las medias de ambos (79.6 los varones y 116.7 las

mujeres) y queda clara al considerar la estadística inferencial, como confirman las pruebas ANOVA y Chi-cuadrado de Pearson. Las diferencias son significativas en el Miedo Total ( $p = .000$ ), el Miedo a los Animales y al Peligro ( $p = .000$ ), a la Muerte ( $p = .000$ ), a lo Desconocido ( $p = .000$ ), los Miedos Escolares ( $p = .000$ ) y los Miedos Médicos ( $p = .000$ ). En todos ellos, el Género femenino refleja niveles más altos.

Por otra parte, entre las variables sociodemográficas, también la Cultura actúa como variable predictor, en los Totales y algunos factores de Miedo. El alumnado cristiano manifiesta niveles más bajos de miedo (su media es de 94.55 por 102.65). Los resultados de la estadística inferencial confirman que la cultura influye en el Miedo Total ( $p = .022$ ) y el Miedo a los Animales y al Peligro ( $p = .000$ ). Por otro lado, a través de este análisis se rechazaron para el Miedo a lo Desconocido ( $p = .099$ ), a la Muerte ( $p = .781$ ), los Miedos Escolares ( $p = .052$ ) y los Miedos Médicos ( $p = .231$ ). En los casos positivos, los musulmanes reflejan niveles superiores de miedo.

Tabla 5

*Regresión miedos escolares*

<b>R = .316</b>	<b>R<sup>2</sup> = .100</b>	<b>F = 30.692</b>	<b>p = .0000</b>	
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Constante General</i>	21.618		9.120	.000
Habilidades Sociales	-.125	-.227	-5.519	.000
Género	2.768	.183	4.455	.000

Tabla 6

*Regresión miedos médicos*

<b>R = .316 R<sup>2</sup> = .100 F = 30.692 p = .0000</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Constante General</i>	21.618		9.120	.000
<i>Habilidades Sociales</i>	-.125	-.227	-5.519	.000
<i>Género</i>	2.768	.183	4.455	.000

Con respecto a los niveles totales en la variable Habilidades Sociales, ninguno de los encuestados alcanzó la opción “muy pocas Habilidades Sociales”. La opción bastante es la más frecuente, con un 72 %, seguida por la que refleja mucho (23.7 %). La opción minoritaria es la que se relaciona con niveles más bajos (“poco” con el 4.2 % de la muestra).

Las Habilidades Sociales, tal y como se demuestra en la Tabla 7, está exclusivamente bajo la influencia de las puntuaciones en Miedo Total, dando cuenta del 8.2 % de la varianza en Habilidades Sociales ( $R^2 = .082$ ). El poder determinante es del 28.6 % de la varianza ( $\beta = .286$ ). Ambos factores vuelven a ser inversamente proporcionales, lo que indica que a más Miedo, menos Habilidades Sociales. La función permite calcular las puntuaciones si se conocen los niveles de Miedo. Habilidades Sociales = 96.802 - .097 (Miedo Total).

Los resultados resumidos en la Tabla 8 muestran que la manifestación de Disconformidad, como factor de las

Habilidades Sociales, está influido por el Miedo Total, de forma exclusiva, dando una varianza del 6.2 % ( $R^2 = .062$ ). El poder determinante que ejerce esta variable es del 24.9 % de la varianza ( $\beta = .249$ ). Existe una relación inversamente proporcional entre ambas variables. Disconformidad = 23.978 - .031 (Miedo Total).

De nuevo, las puntuaciones de Miedo Total, es la única variable que ejerce influencia en la manifestación de Enfado. El Miedo explica el 23.8 % de la varianza total ( $\beta = .238$ ), que es del 19.7 % (si consideramos la  $R^2$  con un valor de .056). Las variables vuelven a ser inversamente proporcionales. El resto de variables quedan rechazadas. Los resultados quedan resumidos en la Tabla número 9. Enfado= 28.428 - .030 (Miedo Total).

Tabla 7

*Regresión Habilidades Sociales*

<b>R = .286 R<sup>2</sup> = .082 F = 49.223 p = .0000</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Constante General</i>	96.802		65.020	.000
<i>Miedo Total</i>	-.097	-.286	-7.016	.000

Tabla 8

## Regresión disconformidad

<b>R = .249 R<sup>2</sup> = .062 F = 36.614 p = .0000</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Constante General</i>	23.978		42.926	.0000
<i>Miedo Total</i>	-.031	-.249	-6.051	.000

En la tabla 10 se reflejan los resultados que demuestran que la Interacción con personas del Sexo Opuesto, factor de las Habilidades Sociales, se puede predecir conocido el Género al que pertenece el sujeto. Esta es la única variable influyente, quedando rechazadas el resto, incluyendo las puntuaciones de Miedo Total. La varianza total es del 2.2 % ( $R^2 = .022$ ), explicando el Género el 14.8 % ( $\beta = .148$ ). Las puntuaciones más altas se dan entre los varones (asociado al valor 1), obteniendo un valor negativo en este sentido. La función que se observa a continuación permite averiguar la puntuación en este factor, si se conoce el género del sujeto. Interacción Sexo Opuesto = 11.796 - .898 (Género).

Los datos puestos de manifiesto por la regresión múltiple (Tabla 11) indican que la manifestación de Opiniones está bajo la influencia del Miedo Total así como la Cultura/Religión. Entre ambas dan cuenta del 5.6 % de la varianza en este factor ( $R^2 = .056$ ). El mayor poder determinante vuelve a ejercerlo la puntuación en Miedo Total, que explica el 19.9 % de la varianza ( $\beta = .199$ ). Ambas variables son inversamente proporcionales. Por su parte, la Cultura toma un valor positivo, lo que indica que las puntuaciones son mayores entre los musulmanes (que se asocian al valor 2). Para calcular este factor se puede seguir la función de

regresión que aparece a continuación. Opiniones = 13.143 - .015 (Miedo Total) + .908 (Cultura/Religión).

Finalmente, para la Asertividad, los resultados de la regresión múltiple (Tabla 12) indican que este factor está también bajo la influencia del Miedo Total, siendo ambas variables inversamente proporcionales. La varianza es del 2.8 % ( $R^2 = .028$ ), representando el Miedo Total 16.6 % de la varianza ( $\beta = .166$ ). Asertividad = 12.708 - .011 (Miedo Total).

Entre los predictores de las Habilidades Sociales, dentro de las variables sociodemográficas, aparece el Género, aunque está sólo un uno de los factores. En cualquier caso, los chicos tienen un nivel ligeramente superior a las chicas, tal y como reflejan las medias de ambos (89.9 varones y 84.8 chicas). Todo ello indica la dirección de las diferencias estadísticamente significativas, encontradas en Habilidades Sociales Totales ( $p = .000$ ), expresión de Enfado ( $p = .027$ ), Asertividad ( $p = .006$ ), Disconformidad ( $p = .000$ ) e Interacción con el Sexo opuesto ( $p = .000$ ). El factor “realización de Peticiones” ( $p = .509$ ) fue el único en el que no fueron significativas.

Tabla 9

## Regresión enfado

<b>R = .238 R<sup>2</sup> = .056 F = 33.153 p = .0000</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Constante General</i>	28.428		49.997	.0000
<i>Miedo Total</i>	-.030	-.238	-5.758	.000

Tabla 10

*Regresión interacción sexo opuesto*

<b>R = .148 R<sup>2</sup> = .022 F = 12.377 p = .0000</b>					
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	
Constante General	11.796		28.527	.0000	
Género	-.898	-.148	-3.518	.000	

Con la variable Cultura/Religión ocurre exactamente lo mismo: aparece como predictor sólo en un factor. Considerando el grupo cultural de referencia, sólo se puede destacar una enorme igualdad, ya que cristianos y musulmanes tienen una media idéntica (87.11). Esto indica que las diferencias no fueron significativas en las Habilidades Sociales Totales ( $p = .999$ ), la Disconformidad ( $p = .065$ ), la expresión de Enfado ( $p = .296$ ), la Interacción con personas del Sexo opuesto ( $p = .183$ ), la Asertividad ( $p = .663$ ) y la realización de Peticiones ( $p = .750$ ). Sin embargo, en el factor de manifestación de Opiniones (en la que actúa como predictor) sí se obtuvieron diferencias significativas ( $p = .002$ ).

Se ha dejado para el final el análisis de la interacción entre ambas variables. En este sentido, la interacción parece clara, dado que actúan como predictores importantes de manera recíproca. De esta manera, las Habilidades Sociales aumentan a medida que disminuye el nivel de miedo. Así, los niveles más altos se dan entre el alumnado que presenta menos miedo (92.31),

recogiéndose los mayores porcentajes en mucho (38.9 %) y los menores en poco (3.3 %). Después vendría el grupo que refleja poco miedo (88.47), con los segundos porcentajes en la opción “muchas Habilidades Sociales” (25.6 %), seguido por los que manifiestan bastante (82.99). Los que más miedo reflejan son los que menos Habilidades Sociales declaran con los porcentajes más bajos en mucho (0 %) y los mayores en poco (16.7 %). Considerando la prueba ANOVA, aparecen diferencias estadísticamente significativas en las Habilidades Sociales ( $p = .000$ ), la Disconformidad ( $p = .000$ ), la expresión de Enfado ( $p = .000$ ), la Asertividad ( $p = .005$ ) y la manifestación de Opiniones ( $p = .000$ ). Por el contrario, no fueron significativas en la Interacción con el Sexo opuesto ( $p = .054$ ) y la realización de Peticiones ( $p = .782$ ). En ambos casos, el Miedo no actúa como predictor.

Tabla 11

*Regresión opiniones*

<b>R = .237 R<sup>2</sup> = .056 F = 16.398 p = .0000</b>					
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	
Constante General	13.143		25.984	.0000	
Miedo total	-.015	-.199	-4.789	.000	
Cultura/Religión	.908	.149	3.580	.000	

Tabla 12

*Regresión asertividad*

<b>R = .166</b>	<b>R<sup>2</sup> = .028</b>	<b>F = 15.701</b>	<b>p = .0000</b>	
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Constante General	12.708		43.189	.0000
Miedo total	-.011	-.166	-3.963	.000

## Discusión/Conclusiones

La población estudiada refleja niveles medio-bajos de miedo, siendo el factor que genera más miedo el relacionado con la muerte y menos los miedos médicos. El Género es el factor más determinante entre los predictores, dado que aparece en todos los casos. Ocurre lo mismo con la Cultura, a pesar de que no aparece en la mayoría de factores (sí en los Totales). Con respecto a la primera variable, en todos los casos, las mujeres reflejan niveles más altos. Esta realidad era algo que se esperaba, teniendo en cuenta los trabajos de Kushnir et al. (2014), Miloyan et al. (2014) y Pulido y Herrera (2015). Esta realidad puede relacionarse con la educación diferencial que reciben niños y niñas, correspondiente con los diferentes estilos de crianza de ambos (Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003), lo que justificaría el pensamiento tradicional de que las chicas tengan un mayor repertorio emocional. Por su parte, la cultura también determina las manifestaciones de Miedo, siendo los musulmanes los que presentan niveles superiores para esta variable. Diferencias para los grupos culturales también se encontraron en Roth et al. (2014) y Pulido y Herrera (2015). La población musulmana presenta una procedencia marroquí con un altísimo nivel de analfabetismo y una elevada natalidad, así como un estatus socioeconómico y cultural bajo, serios problemas de enculturación y bilingüismo (integración por la comunicación) y con una presencia muy marcada de su religión, el islam, en sus vidas (Herrera, 2000). Esta realidad justifica las dificultades para la integración socio educativa (Martínez y Alfageme, 2004). Estas diferencias en los núcleos familiares de ambos grupos culturales (Méndez et al., 2003), con

estilos de crianza distintos, unido a las diferencias en la lengua materna (Roa, 2006) entre ambas etnias, contribuyen a la aparición de problemas de integración socioemocional del alumnado no autóctono. El contexto “autóctono” se mostraría como un impulso para el desarrollo socioafectivo (Pulido y Herrera, 2015). No aparecen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estatus, a pesar de que las dos últimas variables se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. Los resultados son contrarios a los encontrados en otras investigaciones, en las que sí existían diferencias en los niveles de miedo por el estatus: Kushnir et al. (2014) y Roth et al. (2014), en los que se demuestra la influencia del entorno socio-cultural sobre el miedo. No existen diferencias visibles en los niveles de miedo tampoco por edad, apareciendo gran igualdad en la etapa adolescente (Miloyan et al., 2014). Las dos últimas variables tampoco actúan como predictoras.

La población refleja resultados medio-altos en la categoría de Habilidades Sociales. Entre las variables sociodemográficas sólo el Género y la Cultura actúan como predictores y, además sólo aparecen en un factor. La variable Género no es un factor determinante, dado que aparece sólo en varones que tienen resultados significativamente superiores a las mujeres. Esta realidad resulta contraria a las conclusiones de Gomes y Pereira (2014), donde se determina que son las niñas las que obtienen mejores resultados. Esta realidad se debe, probablemente, a la muestra del mencionado trabajo, con una población exclusivamente infantil. La Cultura tampoco ejerce una influencia clara en las puntuaciones de Habilidades Sociales, a pesar de que funciona como predictor en uno de los factores que la conforman. La cultura trae consigo numerosas diferencias en los

patrones educativos y los valores transmitidos a los más pequeños, algo recogido en el trabajo de Braz et al. (2013), donde los datos mostraron evidencia de la transmisión intergeneracional de varias clases de habilidades sociales. Con respecto a la edad, no se contemplan diferencias, algo que resulta contrario a lo comentados en Gomes y Pereira (2014), donde se contempla un aumento progresivo a medida que aumenta la edad. A edades tan tempranas, las niñas se caracterizan por tener una mayor madurez a los niños, algo que justificaría las diferencias encontradas en esta etapa evolutiva. Por otra parte, el estatus tampoco juega un papel preponderante, a pesar de los datos sacados del estudio de Alonso y Román, (2014), en el que el nivel económico y sociocultural correlaciona positivamente con el estilo educativo familiar, y éste, a su vez, con el nivel de autoestima mayor que repercute en diferentes dimensiones de desarrollo: ajuste emocional, éxito social y académico.

Finalmente, las Habilidades Sociales son inversamente proporcionales a los niveles de miedo manifestados por el sujeto, algo esperado, teniendo en cuenta trabajos como los de Pulido y Herrera (2015). Además se comportan como uno de los predictores más importantes de forma recíproca. En el caso del Miedo, es el predictor más determinante para los totales y cada uno de la mayoría de los factores de las Habilidades Sociales. Esta realidad no es difícil de entender si se considera que las personas que evidencian mayores niveles de miedo son más reacias a la interacción y el contacto con los demás. Del mismo modo, la interacción con otras personas permite compartir experiencias, así como adquirir aprendizajes de otras personas, lo que crea una mayor “apertura de mente”, una mayor posibilidad de contrastar las experiencias negativas y positivas con los demás, lo que llegaría a reducir el miedo que la persona pudiera llegar a manifestar, por la mayor seguridad que da ese intercambio con iguales.

En cuanto a las implicaciones prácticas socioeducativas, es fundamental la implementación de programas de educación emocional, posibilitando una intervención más eficaz con efectos positivos en el

desarrollo personal de los adolescentes. Para ello se recomiendan las escuelas de padres o programas de educación emocional, permitiendo que se desarrollen conductas positivas y relaciones sociales satisfactorias (Ramírez-Lucas, Ferrando y Sáinz, 2015).

Para finalizar se comentan las limitaciones encontradas en el presente trabajo como son la distribución de la muestra por edades, así como el tamaño de las submuestras culturales, lo cual es fruto de centrar este trabajo en un contexto limitado (como es la ciudad autónoma de Ceuta). Las diferencias encontradas en este contexto hacen aconsejable considerar de manera más profunda algunos elementos fundamentales de la multiculturalidad, como pueden ser el estilo de crianza, la manera en la que viven su religión o las diferencias lingüísticas dentro del entorno socio-familiar seguidos por cada uno de los grupos culturales. Dichas limitaciones pueden ser la base de futuras investigaciones dentro del ámbito, considerando el entorno multicultural como un ámbito a explorar dentro del presente y de otros campos de estudio.

## Referencias

- Alonso, J. y Román, J. M. (2014). Nivel sociocultural, prácticas educativas familiares y autoestima de los hijos en edades tempranas. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 187-202.
- Ascensio, M., Vila, M. G., Robles-García, R., Páez, F., Fresán, A. y Vázquez, L. (2012). Estudio de traducción, adaptación y evaluación psicométrica del Inventario de Miedos FSSC-II en una muestra de estudiantes de educación media superior. *Salud Mental*, 35, 195-203.
- Braz, A. C., Cômodo, C. N., Del Prette, Z., Del Prette, A. y Fontaine, A. (2013). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 77-84.
- Bueno, M. R., Durán, M. y Garrido, T. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes

- universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 85-91.
- Delgado, B., Inglés, C. J. y García, J. M. (2014). Ansiedad social subclínica y rendimiento académico en la adolescencia: análisis de sus implicaciones teórico-prácticas. *Estudios de Psicología*, 31(1), 58-79.
- Ford, B., Mauss, I., Troy, A., Smolen, A. y Hankin, B. (2014). Emotion Regulation Moderates the Risk Associated with the 5-HTT Gene and Stress in Children. *Emotion*, 14(5), 930 –939
- Gismero E. (2000). EHS, Escala de Habilidades Sociales. Madrid, España: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Gomes, R. M. y Pereira, A. (2014). Influence of Age and Gender in Acquiring Social Skills in Portuguese Preschool Education. *Psychology*, 5(2), 99-103.
- Herrera, F. (2000). La inmigración extranjera no comunitaria y la convivencia en contextos concretos: el caso de Ceuta. En *Instituto de Estudios Ceutíes, Monografía de los cursos de Verano de la Universidad de Granada en Ceuta* (12<sup>a</sup> ed., pp. 357-359). Ceuta, España: Instituto de Estudios Ceutíes-Universidad de Granada.
- Kushnir, J., Gothelf, D. y Sadeh, A. (2014). Nighttime fears of preschool children: A potential disposition marker for anxiety? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 336-341.
- Martínez, M. y Alfageme, A. (2004). Integración socioeducativa del alumno gitano en la escuela española. *Revista Española de Educación Comparada*. 10, 299-324.
- Matesanz, A. (2006). Datos para la adaptación castellana de la Escala de Temores (FSS). *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 521-551.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M. y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6, 13-25. Recuperado de <http://reme.uji.es>.
- Miloyan, B., Bulley, A., Pachana, N. y Byrne, G. (2014). Social Phobia symptoms across the adult lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 168, 86-90.
- Pulido, F. y Herrera, F. (2015). Miedo e inteligencia emocional en el contexto pluricultural de Ceuta. *Anuario de Psicología*, 45(2), 249-263.
- Ramírez-Lucas, A., Ferrando, M. y Sáinz, M. (2015). ¿Influyen los estilos parentales y la Inteligencia Emocional de los padres en el desarrollo emocional de sus hijos escolarizados en 2º ciclo de Educación Infantil? *Acción Psicológica*, 12(1), 65-78. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.1.14314>
- Roa, J. M. (2006). Rendimiento escolar y “situación diglósica” en una muestra de escolares de educación primaria en Ceuta. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8, 1-15.
- Roth, G., Benita, M., Amrani, C., Shachar, B., Asoulin, H., Moed, A., Bibi, U. y Kanat-Maymon, Y. (2014). Integration of negative emotional experience versus suppression: Addressing the question of adaptive functioning. *Emotion*, 14(5), 908-919.
- Tobías-Imbernón, C., Olivares-Olivares, P. J. y Olivares, J. (2013). Revisión de autoinformes de fobia social diseñados para niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 123-130.

## DIALOGANDO SOBRE EMOCIONES CON NIÑOS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: UN ESTUDIO PRELIMINAR

## TALKING ABOUT EMOTIONS WITH CHILDREN AT RISK OF SOCIAL EXCLUSION: A PRELIMINARY STUDY

ALBERTO FERNÁNDEZ-ANGULO<sup>1</sup>, LAURA QUINTANILLA<sup>1</sup> Y  
MARTA GIMÉNEZ-DASI<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández-Angulo, A., Quintanilla, L. y Giménez-Dasi, M. (2016). Dialogando sobre emociones con niños en riesgo de exclusión social: un estudio preliminar [Talking about emotions with children at risk of social exclusion: A preliminary study]. *Acción Psicológica*, 13(1), 189-204. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.15787>

### Resumen

Este trabajo tiene como objetivo principal probar de forma preliminar el funcionamiento de un programa de intervención para mejorar las competencias emocionales en niños de entre 9 y 10 años en situación de riesgo de exclusión social. El programa se centra en la mejora de algunos componentes del conocimiento y la regulación emocional. Para ello, se utilizó un diseño pre-experimental de un solo grupo con pretest y postest ( $N = 14$ ). Los niños asistieron a las sesiones una vez por

semana durante cuatro meses. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en manejo de emociones, adaptabilidad e inestabilidad emocional, además de una utilización más efectiva de estrategias de regulación emocional. No se encontraron diferencias significativas entre niños de familias españolas e inmigrantes. En la discusión se señala la conveniencia de promover este tipo de programas para prevenir problemas de salud mental en este tipo de población.

**Palabras clave:** competencia emocional; regulación emocional; inestabilidad emocional; niños en riesgo de exclusión social.

**Correspondencia:** Marta Giménez-Dasi. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación- Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

**Email:** marta.dasi@uv.es

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

<sup>2</sup> Universidad de Valencia

Recibido: 23 de marzo de 2016.

Aceptado: 12 de mayo de 2016.

## Abstract

The aim of this work was to pilot the efficacy of an intervention programme to enhance emotional competences in children aged 9 and 10 living in poverty and risk of social exclusion. The programme focuses on specific components of emotion knowledge and emotion regulation. A one group pre-experimental design with pre and posttest measures was used ( $N=14$ ). Children attended weekly sessions during four months. Results showed a significant improvement in emotion managing, adaptability and emotional instability. Children also showed a more efficient use of emotion regulation strategies. No differences were found among Spanish children and children from other countries. In the discussion section we point out the convenience of this kind of programmes to prevent mental health problems in this population.

**Keywords:** emotional competence; emotion regulation; emotional instability; children at risk of social exclusion.

## Introducción

Desde que Salovey y Mayer (1990), introdujeron el concepto de inteligencia emocional, el estudio de las emociones ha suscitado un interés cada vez mayor para la Psicología, llegando a considerarse parte central del funcionamiento de las personas y de su adaptación a las condiciones del entorno (Fredrickson y Levenson, 1998). La inteligencia emocional se contempla hoy como una variable implicada en la salud, bienestar y ajuste psicológico de las personas (Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2015; Lizeretti y Rodríguez, 2011; Martínez, Piñeras, e Inglés, 2011). Por el contrario, los desajustes emocionales pueden afectar a la salud mental y concurrir en diversos trastornos psicológicos tanto en niños como en adultos, tal y como evidencia el trabajo de metaanálisis llevado a cabo por Martins, Ramalho y Morin (2010).

Numerosos estudios relacionan estrechamente la comprensión y regulación emocional con el ajuste social ya desde las etapas iniciales de la vida (Denham, et al., 2003; Mostow, Izard, Fine, y Trentacosta, 2002). Desde un punto de vista evolutivo, los principales cambios en comprensión emocional se producen entre los 18 meses y 12 años (Pons, Harris y de Rosnay, 2004). Pons et al (2004) llevaron a cabo un estudio con una muestra de niños de ese rango de edad y encontraron que a los 9 años casi todos los niños identificaban las emociones y sus causas, comprendían cómo inciden las creencias, deseos y recuerdos en las emociones y diferenciaban entre emociones fingidas y reales. Por otro lado, hasta un 60% de niños entendía que la emoción puede regularse mediante estrategias cognitivas y la mayoría de niños a esta misma edad (65 %) entendía la ambivalencia emocional. En cuanto a las emociones morales, la mitad de los niños dieron muestras de entenderlas. A la edad de 11 años el 100 % de los niños entendían los componentes más simples y se produjeron algunos avances importantes en los componentes más complejos. Así, un 95 % distinguía entre emociones reales y fingidas, un 90 % comprendía la ambivalencia emocional y las emociones morales y hasta un 80 % entendía que es posible regular las emociones.

Los niños que presentan carencias en cualquiera de estas áreas, muy probablemente tendrán, a medida que crezcan, más problemas escolares, así como dificultades sociales y psicológicas (Ortega-Navas, 2010). Pese a la importancia que tiene el conocimiento de las emociones para la competencia social, los niños en su desarrollo apenas reciben formación explícita sobre las emociones, qué son, cómo entenderlas o manejarlas. Las habilidades emocionales no se suelen trabajar, al menos formalmente, desde las escuelas. En la Unión Europea los currículos oficiales educativos de los distintos países no incluyen los componentes emocionales entre sus materias, aunque cada vez hay más evidencia y apoyo sobre esta necesidad (Cohen, 2006; Diekstra y Gravesteijn, 2008; Ribes, Bisquerra, Agulló, Filella, y Soldevila, 2005).

Los propios profesionales de la educación y la psicología han desarrollado propuestas para trabajar la educación emocional desde diferentes marcos teóricos, aunque la efectividad de los mismos sería mucho mayor si se implantaran tempranamente y tuvieran continuidad a

lo largo de toda la escolaridad, tal como ha sugerido Álvarez (2001). En España, el Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica (GROP) de la Universidad de Barcelona, lleva casi dos décadas desarrollando programas de educación emocional (GROP, 1998; GROP, 1999). Otros estudios que merece la pena destacar para niños de Educación Infantil son los de Ibarrola (2004) o más recientemente el de Giménez-Dasí, Fernández-Sánchez y Daniel (2013) que aporta como novedad un método más dialógico para el trabajo emocional. No obstante, la producción más abundante de programas de educación emocional se ha centrado en las etapas de primaria y secundaria, aunque todavía son pocos los estudios que han tratado de evaluar la eficacia de este tipo de propuestas (Ambrona, López y Márquez, 2012; Celadrán y Ferrández, 2012; González y Merchán, 2011).

La mayor parte de los trabajos realizados en nuestro país se han dirigido a niños que viven en entornos normalizados y hay muy poca investigación con menores en riesgo de exclusión social. Así, la investigación en territorio nacional en este ámbito tiene pendiente averiguar cómo afecta el riesgo de exclusión social a las competencias emocionales de los niños e intervenir para poder compensar los efectos del entorno sobre la salud psicológica de los niños.

### ***Menores en riesgo de exclusión social***

En los últimos quince años se han realizado en España diversos estudios descriptivos sobre la población en situación de riesgo psicosocial, muchos de ellos dirigidos específicamente a las familias con menores a su cargo. Estas familias suelen caracterizarse por tener un bajo nivel de estudios, una situación económica y laboral precaria y trayectorias vitales en las que se acumulan experiencias negativas como maltrato, abuso de drogas y alcohol, trastornos emocionales y conducta antisocial (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Moreno, 2002; Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín, y Máiquez, 2006). La mayoría de los trabajos coinciden en afirmar que los estilos parentales en estas familias se caracterizan por la coercitividad o la negligencia (Martín, Máiquez, Rodrigo, Correa, y Rodríguez, 2004; Pérez-González y Róbles-Gavira, 2013; Rodrigo, Máiquez, Martín, y Byrne,

2008; Rodríguez et al., 2006). También algunos estudios señalan que las prácticas de crianza de los padres con tendencia a la inestabilidad emocional pueden caracterizarse por la coerción, la incongruencia y el desapego, llegando a afectar al desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños y poniéndolo en claro riesgo de desadaptación social (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro y Barragán, 2002; Balsells, 2003; Cerezo, Dolz, Pons-Salvador y Cantero, 1999). Como consecuencia, los preadolescentes que viven en condiciones de adversidad familiar sufren más desórdenes emocionales (Cova, Maganto y Melipillán, 2005).

Entre los problemas más importantes a los que están expuestos los menores en este contexto destacan los de abuso de drogas y/o delincuencia de los padres. En un estudio reciente, Roberts et al. (2014) encontraron problemas de inestabilidad emocional asociados a la detención y/o el encarcelamiento de uno de los familiares en menores expuestos a riesgo psicosocial. La incidencia de estas dificultades emocionales resultó estadísticamente significativa controlando variables como la edad, género, etnia, ingresos del hogar y nivel educativo del cuidador.

Uno de los grupos especialmente susceptible de exclusión social es el de los ciudadanos de países en vías de desarrollo, quienes emigran a países europeos debido a situaciones convulsas en sus países de origen. Por ejemplo, en los últimos meses el conflicto sirio está poniendo de manifiesto los problemas políticos, legislativos, culturales y educativos de este fenómeno social. Siempre que se habla de este problema se señala a los niños como las personas más vulnerables y que, por tanto, merecen mayor protección.

A pesar de las dificultades sociales, culturales y lingüísticas que estos menores puedan sufrir al llegar a un nuevo país siendo refugiado, la literatura científica ha puesto de manifiesto que los déficits socioemocionales que presentan estos menores se explican principalmente por la situación de desventaja socioeconómica que sufren sus familias. Variables como la etnia o el país de origen, salvando las posibles diferencias culturales de crianza, tienen escasa o nula influencia. Por ejemplo, Zilanawala, Sacker, Nazroo y Kelly (2015) en una investigación reciente con cohortes de niños paquistaníes, bengalíes, afri-

canos negros y blancos de siete años de edad, no observaron diferencias en variables emocionales y sociales en función de la etnia, sino en función de la pobreza. Estos autores señalan la privación económica como el principal factor a abordar para reducir los problemas emocionales habitualmente encontrados entre grupos minoritarios. En la misma línea, Han, Lee y Waldfogel (2012) llevaron a cabo un estudio con niños estadounidenses e inmigrantes chinos y mexicanos, concluyendo que cuando se igualan el resto de variables, las únicas diferencias que se observan entre niños estadounidenses y niños inmigrantes, tienen que ver con factores socioeconómicos desiguales. En nuestro país, Peña y Canga (2009) compararon niños de primaria españoles e inmigrantes en control emocional, autoestima, habilidades socioemocionales y habilidades para la vida, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de población, lo que podría evidenciar que los factores culturales no son suficientes para explicar las carencias emocionales de los niños en situación de riesgo frente a los de la población típica.

En conclusión, parece que el factor socio-económico influye en la adquisición de las competencias emocionales en los niños. Dado que los entornos de riesgo social están asociados a la pobreza, estos niños tienen más probabilidades de sufrir déficits emocionales en la infancia y, en edades más avanzadas, desajustes sociales y psicopatologías. En este sentido, la detección de estos déficits y la intervención a través de programas que mejoren las competencias emocionales podrían compensar algunos de los efectos de la pobreza y las situaciones de riesgo y prevenir futuros problemas de ajuste y salud mental. Este trabajo preliminar tiene como objetivo principal favorecer el desarrollo de la competencia emocional de niños en clara situación de desventaja social. El grupo de niños está compuesto por menores de nacionalidad española e inmigrantes, algunos de ellos refugiados, que viven en situación de pobreza y riesgo de exclusión social. Para llevar a cabo el estudio se ha aplicado un programa de intervención para mejorar la competencia emocional tomando medidas pretest y postest. Nuestras hipótesis predicen que no habrá diferencias en las competencias emocionales entre niños españoles e inmigrantes en las medidas pretest, dado que ambos grupos se encuentran en

una situación económica desfavorecida y que todos los niños experimentarán mejoras significativas tras la aplicación del tratamiento en los distintos componentes emocionales trabajados (comprensión emocional, competencia emocional, regulación emocional e inestabilidad emocional).

## Método

### *Participantes*

La muestra inicial contó con 16 niños. A lo largo de los meses de intervención se produjo el abandono de dos participantes. La muestra definitiva quedó compuesta por 14 niños (10 niñas y 4 niños) de edades comprendidas entre los 9 y los 10 años ( $M = 9.42$ ,  $DT = 0.52$ ). Algunos de los niños no pudieron participar en todas las sesiones de evaluación pretest, por lo que el tamaño del grupo oscilará entre los 12 y 13 niños, según la prueba.

Todos los participantes habitan en la ciudad de Valencia, en condiciones de pobreza moderada o extrema y claramente expuestos a riesgo de exclusión social. Cinco de estos niños pertenecen a familias españolas, mientras que el resto son miembros de familias inmigrantes (cuatro niños de Marruecos, tres de Rumanía, uno de Lituania y uno de Nueva Guinea). Todos participan en un programa destinado a la inclusión social llevado a cabo por una Organización No Gubernamental. Este programa se centra en el apoyo escolar y dedica su tiempo de intervención a realizar tareas escolares reforzando áreas clave como la competencia lectora y las habilidades matemáticas.

### *Procedimiento*

El estudio se llevó a cabo mediante un diseño pre-experimental de un solo grupo con pretest y postest. Debido a la dificultad de acceso a la muestra, no se pudo disponer de un grupo de control, aunque hubiera sido deseable. Durante el mes de enero se estableció un primer contacto con el educador de referencia que trabaja directamente con los menores a través de la Organización

No Gubernamental que les presta apoyo extraescolar. El educador tiene formación como psicólogo y lleva varios años trabajando con este tipo de población y en esta entidad.

A lo largo del mes de enero, mediante reuniones semanales se le instruyó específicamente según las pautas y contenidos del programa de intervención que se desarrollaría posteriormente. Se estableció una reunión semanal durante la implementación del programa para el seguimiento de la fiabilidad del programa y concretar las actividades a desarrollar en la siguiente.

En enero se tomaron las medidas de la evaluación pre-test y se establecieron las condiciones específicas del tratamiento, que se desarrollaría con una periodicidad semanal, en horario extraescolar y en sesiones de una hora. La aplicación del programa terminó en mayo y a lo largo de las dos primeras semanas de junio se realizó la evaluación postest.

## ***Programa educativo***

El cuerpo de actividades y propuestas que se desarrollaron durante los meses de intervención está basado en el programa Pensando las emociones (Giménez-Dasí et al., 2013), que tiene como objetivo fomentar desde los 2 años el conocimiento y la regulación emocional. En este caso, y de acuerdo con la propia autora, se trata de una ampliación de dicho programa para niños de primaria. Este estudio supone una prueba piloto del programa que se está diseñando para aplicarlo a niños del ciclo de primaria. El objetivo es, por tanto, valorar los resultados iniciales, así como el funcionamiento y adecuación de las distintas actividades que se proponen. Lo novedoso de esta propuesta para trabajar las emociones con niños es que está basada en la Filosofía para Niños (FpN) de Mathew Lipman. Se trata de una metodología hasta ahora utilizada en el ámbito cognitivo para promover la reflexión, confrontación con diferentes puntos de vista y, en definitiva, el desarrollo del pensamiento crítico a través del diálogo grupal (Lipman, Sharp y Oscayan, 1980). En este programa el método dialógico se adapta para mejorar el conocimiento

y la regulación emocional a través de narraciones, dinámicas grupales y actividades de reflexión conjunta. Trabajos previos con niños entre 2 y 5 años pertenecientes a poblaciones típicas y a poblaciones en riesgo de exclusión social han mostrado la eficacia del programa (Giménez-Dasí, Fernández-Sánchez y Quintanilla, 2015; Giménez-Dasí, Quintanilla y Daniel, 2013). Por limitaciones de espacio no podemos detallar las actividades del programa (para una consulta detallada véase el programa en Giménez-Dasí et al., 2013). En la Tabla 1 se exponen de forma resumida los distintos aspectos trabajados durante la intervención.

## ***Instrumentos de evaluación***

Para la evaluación de las distintas variables incluidas en el estudio se utilizaron cuatro escalas. En primer lugar, se evaluó la comprensión emocional de los niños. Además, se tomó una medida “Cociente Emocional” que vendría a ser un indicador de la competencia emocional general. También se evaluaron las estrategias de regulación emocional de los niños. Por último, se aplicó un cuestionario para medir la inestabilidad emocional. A continuación se detallan cada una de las herramientas.

## ***Comprensión emocional***

Para la evaluación de este aspecto se utilizó el Test of Emotion Comprehension (TEC, Pons y Harris, 2002). El TEC evalúa la comprensión emocional para niños de edades entre los 3 y los 11 años. Se compone de un total de 37 ítems, que evalúan 9 componentes organizados de manera jerárquica: identificación de emociones básicas, comprensión de las causas de las emociones, comprensión de cómo inciden en las emociones una serie de elementos mentales (deseos, creencias y recuerdos), comprensión de la distinción entre emociones fingidas y reales, comprensión de la ambivalencia emocional, comprensión de la regulación emocional y comprensión de las emociones morales. A su vez, los nueve componentes se agrupan en tres dimensiones del conocimiento emocional: interna, externa y reflexiva.

Tabla 1

*Programación general del programa de intervención durante los meses de enero a junio*

Mes	Componente	Aspectos a trabajar
Enero	Evaluación Pre-Test	
	Comprensión emocional	Reconocimiento propio de emociones simples Reconocimiento interpersonal de emociones simples
Febrero	Causalidad	Causas de las emociones simples
	Expresión emocional	Incorporación paulatina de un vocabulario sobre emociones
Marzo	Comprensión emocional	Reconocimiento propio de emociones complejas Reconocimiento interpersonal de emociones complejas
	Causalidad	Causas de las emociones complejas
Abril	Comprensión emocional	Ambivalencia emocional
	Causalidad	Causas de los estados de ambivalencia emocional
	Expresión emocional	Graduación de las distintas intensidades de las emociones
	Regulación emocional	Abordar las estrategias utilizadas, si se usan y su efectividad
Mayo	Regulación emocional	Revisión de estrategias utilizadas Adquisición de estrategias más efectivas Generalización de las estrategias adquiridas a otros contextos
		Consolidación de lo aprendido Conclusiones finales del taller Encuesta de satisfacción Evaluación Post-Test
Junio		

Nota. Propuesta diseñada ad hoc para el presente trabajo, a partir del programa "Pensando las Emociones" de Giménez-Dasí et al. (2013).

La prueba consiste en dos cuadernos idénticos donde cambian únicamente los nombres de los personajes según se pase a niñas o a niños. En cada página se presenta una escena simple. Debajo de las escenas, hay tres rostros con tres expresiones faciales diferentes, representando cada una un estado emocional distinto. El examinador muestra al niño una escena donde la cara del personaje está en blanco y lee la historia asociada a la escena, que plantea una situación. El niño, una vez escuchada la historia, tiene que atribuir una emoción al personaje principal señalando la cara más apropiada o nombrando la emoción.

Las historias van aumentando de forma progresiva su complejidad, empezando por componentes sencillos como la identificación de la emoción según la expresión del rostro y finalizando por aspectos de mayor dificultad como la comprensión de emociones morales. A la hora de obtener la puntuación, se asigna 1 punto por cada ítem que se responda de forma correcta y un 0 si la respuesta es incorrecta. A la vez, si todos los ítems que forman parte de un componente son correctos, se asigna un 1 al componente y en caso contrario un 0. De este modo, la

puntuación máxima de la prueba por componentes sería de 9 puntos. Si se discrimina por ítems, el rango es mayor y estaría entre 0 y 37 puntos.

Respecto a la fiabilidad de la prueba, algunos estudios han encontrado una alta correlación test-retest después de un mes (0.73) (Tenenbaum, Alfieri, Brooks y Dunne, 2008), tres meses (0.83) (Pons, Harris y Doudin, 2002), cuatro meses (0.77) y 13 meses (0.68) (Pons et al, 2005) con niños de edades de 2-3 a 11 y 12 años.

### ***Comprensión emocional general***

Para la evaluación de la competencia emocional se utilizó el Cuestionario de Inteligencia Emocional "Emotional Quotient Inventory Youth Version" (EQ-i:YV) destinado a población de entre 7 y 18 años. El cuestionario fue diseñado originalmente por Bar-On y Parker (2000) y ha sido traducido y validado por Ferrando (2006). Los valores de los coeficientes de consistencia interna encontrados por la autora oscilaban entre 0.69 y 0.83. Trabajos posteriores han obtenido

coeficientes alfa de Cronbach similares (entre 0.77 y 0.86), además de replicar la estructura de cinco factores propuesta por los autores originales y construir baremos para la población española (Sainz, Ferrández, Fernández y Ferrando, 2014).

Este cuestionario tiene un total de 60 afirmaciones que puntúan en una escala de tipo Likert, de cuatro categorías. (1 = Nunca me pasa a 4 = Siempre me pasa). El rango de puntuación en el total de la escala está entre 60 y 240. Las dimensiones medidas por el cuestionario son: (1) Estado de Ánimo General; habilidad para mantener una actitud positiva ante la vida, (2) Adaptabilidad; habilidad para la resolución de conflictos, (3) Manejo de las Emociones; habilidad para dirigir y controlar las propias emociones, (4) Intrapersonal; habilidad para comprender las emociones propias y comunicarlas a otros, y (5) Interpersonal; habilidad para comprender los estados emocionales de los otros.

### ***Evaluación de las estrategias de regulación emocional***

Para la evaluación de este aspecto se utilizó una traducción del Cuestionario de Regulación de la Emoción en la Infancia y Adolescencia (ERQ-CA, Gross y John, 2003). Esta escala comprende un total de 10 ítems de tipo Likert que evalúan dos estrategias diferenciadas de regulación de emociones: Reevaluación (con 6 ítems) y Supresión (con 4 ítems). Las puntuaciones en cada uno de los ítems van desde 1 hasta 7, indicando puntuaciones altas el uso de la correspondiente estrategia de regulación. El rango de puntuaciones de la escala total está entre 10 y 70. Las puntuaciones pueden oscilar entre 6 y 42 para la escala de Reevaluación y entre 4 y 28 para la de Supresión. Los estudios de validación de la escala llevados a cabo por los autores, encontraron coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.79 para la subescala de Reevaluación y 0.73 para la de Supresión. También se correlacionaron las medidas test-retest transcurridos tres meses entre las dos medidas, obteniéndose un coeficiente de fiabilidad de 0,69 en ambas subescalas (Gross y John, 2003; John y Gross, 2004).

### ***Evaluación de las estrategias de regulación emocional***

La escala de Inestabilidad Emocional (EI, Caprara y Pastorelli, 1993) consta de un total de 20 ítems medidos en una escala ordinal de tipo Likert (1 = Nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo). Ofrecen descripciones de conductas infantiles que denotan una clara falta de autocontrol en situaciones sociales como resultado de la escasa capacidad de contener impulsos y emociones. Cinco de los ítems son de control y no contribuyen al cálculo del total en la escala. La suma de las puntuaciones en los 15 restantes aporta una puntuación total en Inestabilidad Emocional. Las puntuaciones totales en la escala se encuentran entre valores de 15 y 45.

Del Barrio, Moreno y López (2001) tradujeron y adaptaron el cuestionario original para un estudio con niños españoles, encontrando que esta adaptación de la escala presentaba buenas propiedades psicométricas (coeficientes de consistencia interna entre 0.72 y 0.74).

## **Resultados**

De forma previa a la aplicación de cualquier contraste se verificó el cumplimiento de los supuestos correspondientes a cada una de las pruebas paramétricas que se aplicarían, esto es, supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene y esfericidad mediante la prueba de Mauchly. Una vez se realizó este paso se procedió al análisis de los resultados para contrastar las hipótesis del estudio.

Un primer análisis general de los datos obtenidos se llevó a cabo mediante una prueba MANOVA de medidas repetidas, considerando como factor intra-sujetos la aplicación del programa con dos niveles, pre-test y post-test y como variables dependientes las puntuaciones totales obtenidas en las diferentes pruebas aplicadas (comprensión emocional, competencia emocional, estrategias de

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos y contrastes univariados intra-sujetos*

Prueba	Variable medida	N	Pre	Post	F	p	$\eta^2_p$
			M (DT)	M (DT)			
TEC	Comprensión emocional	12	29.08 (2.71)	30.17 (1.70)	3.17	.10	0.22
EQ-i: YV	Competencia emocional	12	133 (19.89)	149.75 (17.15)	37.78***	.00	0.77
ERQ-CA	Estrategias de regulación	12	39 (11.22)	42.92 (8.59)	3.98	.07	0.27
IE	Inestabilidad Emocional	12	12.08 (4.70)	8.67 (4.48)	23.03**	.00	0.68

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

regulación e inestabilidad emocional). El resultado obtenido en el análisis multivariante resultó estadísticamente significativo ( $F_{(4, 8)} = 16.20$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2_p = .89$ ). En la Tabla 2 se muestran los resultados de los análisis univariados intra-sujetos. Para obtener un análisis detallado de las medidas, se analizaron los resultados obtenidos en cada prueba.

**TEC.** De acuerdo con la corrección original de los autores (Pons y Harris, 2002) se han obtenido nueve dimensiones que cada niño domina solo en caso de acertar todos los ítems que corresponden a la dimensión. En la Figura 1 se muestran los resultados. En las dimensiones de Identificación de emociones básicas, Comprensión de

las causas de las emociones, Comprensión de la ambivalencia emocional, Comprensión de la incidencia de los deseos y Comprensión de emociones morales, el porcentaje de niños que dominaban la dimensión se incrementó tras la intervención. Al contrario, disminuyó en Distinción entre emociones fingidas y reales. En el resto de los componentes no se produjeron cambios.

Se calculó también una puntuación de comprensión emocional sumando el total de ítems acertados en el test. Esta forma de proceder tiene como objetivo principal no perder información sensible referida a cualquiera de los ítems. Con la corrección explicada más arriba puede suceder que, pasando de uno a cuatro ítems acertados tras la

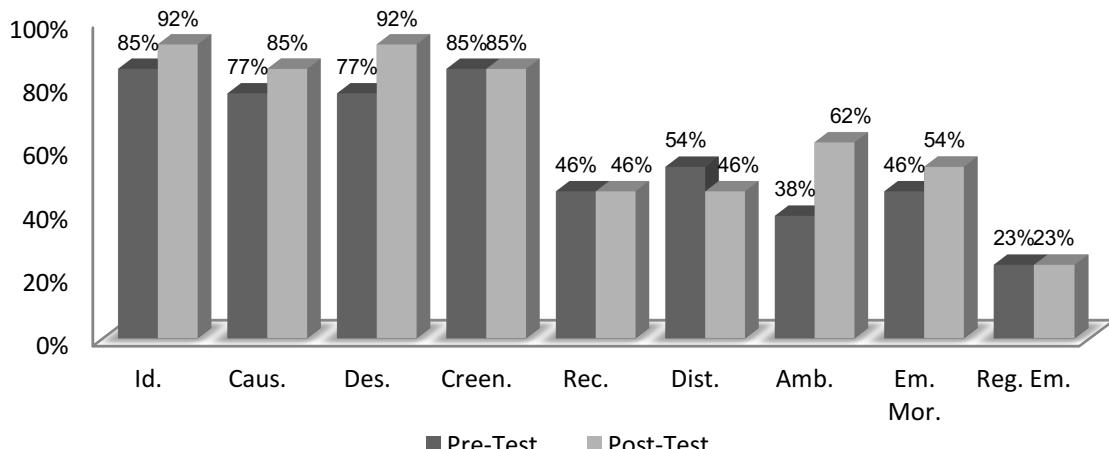


Figura 1. Porcentaje de niños que alcanzan el dominio de cada dimensión del TEC antes y después de la intervención. (N = 13). Id. = Identificación de emociones básicas; Caus. = Comprensión de las causas de las emociones; Des. = Comprensión de la incidencia de deseos; Creen. = Comprensión de la incidencia de creencias; Rec. = Comprensión de la incidencia de recuerdos; Dist. = Distinción entre emociones fingidas y reales; Amb. = Comprensión de la ambivalencia emocional; Em. Mor. = Comprensión de emociones morales; Reg. Em. = Conocimiento de estrategias de regulación emocional.

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos en el TEC para la muestra total y en función del origen de la familia*

Grupo	N	Pre-Test		Post-Test	
		M (DT)		M (DT)	
Total	13	29.08 (2.59)		30.38 (1.80)	
Españoles	4	27.50 (1.73)		29.25 (1.26)	
Inmigrantes	9	29.78 (2.68)		30.89 (1.83)	

intervención en una dimensión formada por un total de cinco, la corrección original del test no discriminaría ambas situaciones, dando como no dominada la dimensión en los dos casos, por más que resulte notable la mejoría experimentada por el niño. También se obtuvieron los estadísticos descriptivos en función del origen de la familia a la que pertenece el menor. Los resultados pueden verse en la Tabla 3.

El contraste *t* de Student de medidas repetidas no reveló diferencias significativas en la comparación pre-post test ( $t(12) = -2.168$ ,  $p = .051$ , 95 % IC [-2.62, 0.007]). La comparación pretest entre los grupos – español e inmigrante– no indicó diferencias estadísticamente significativas ( $t(11) = -1.54$ ,  $p = .15$ , 95 % IC [-5.53, 0.976]) ni tampoco en la medida obtenida tras la intervención ( $t(11) = -1.61$ ,  $p = .14$ , 95 % IC [-3.88, 0.61]).

**EQ-i: YV** (Competencia emocional). Antes de analizar las puntuaciones obtenidas mediante la escala, se estudió la posible existencia de diferencias en las dimensiones del cuestionario entre niños españoles e inmigrantes. Únicamente la dimensión Intrapersonal mostró diferencias estadísticamente significativas en la medida

tomada al inicio ( $t(10) = 2.37$ ,  $p = .039$ , 95 % IC [0.27, 8.48]). Las diferencias en esta misma dimensión se acentuaron tras la intervención ( $t(10) = 4.09$ ,  $p = .002$ , 95 % IC [1.94, 6.56]). En el resto de dimensiones no se diferenciaron ambos grupos.

El efecto de la intervención en las puntuaciones de cada uno de los cinco factores del EQ-i: YV se analizó con un MANOVA, indicando un efecto estadísticamente significativo ( $F_{(5,7)} = 8.48$ ,  $p = .007$ ,  $\eta^2_p = .86$ ). Un análisis más detallado de los resultados obtenidos en las pruebas intra-sujetos univariadas para cada dimensión puede verse en la Tabla 4.

En tres de los factores que mide el cuestionario la mejoría en las puntuaciones tras los meses de intervención resultó estadísticamente significativa. Se trata del estado de ánimo general ( $F_{(1,11)} = 25.67$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .70$ ), el factor adaptabilidad ( $F_{(1,11)} = 26.92$ ,  $p = .04$ ,  $\eta^2_p = .32$ ) y la dimensión manejo de las emociones ( $F_{(1,11)} = 12.79$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .53$ ).

**ERQ-CA** (Estrategias de regulación). En un principio se compararon las medias del grupo de niños españoles e

Tabla 4

*Pruebas intra-sujetos en las cinco dimensiones del cuestionario EQ-i: YV*

	M (DT)		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$
	Pre	Post			
EAG	42.00 (8.29)	49.25 (6.17)	25.67**	.00	.70
AD	26.92 (6.36)	30.17 (5.29)	5.24*	.04	.32
ME	25.00 (5.41)	30.00 (5.36)	12.79**	.00	.53
INTERP	25.25 (5.61)	25.42 (4.93)	0.02	.90	.00
INTRAP	13.83 (3.59)	14.92 (2.64)	2.63	.13	.19

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . EAG = Estado de Animo General; AD = Adaptabilidad; ME = Manejo de las Emociones; INTERP = Interpersonal; INTRAP = Intrapersonal.

Tabla 5

*Anova de Medidas Repetidas en las dos dimensiones del cuestionario ERQ-CA*

	<i>M (DT)</i>		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>			
Reevaluación	25.83 (10.24)	32.28 (7.09)	11.87**	.00	.52
Supresión	13.17 (1.80)	10.83 (2.44)	14.18**	.00	.56

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

inmigrantes en las dimensiones de Reevaluación y Supresión, tanto en la medida pre-test como en la medida post-test, encontrándose que no diferían de forma estadísticamente significativa.

Posteriormente, para evaluar los posibles efectos de la intervención el MANOVA indicó que el efecto era estadísticamente significativo ( $F_{(2,10)} = 12.88$ ,  $p = .002$ ,  $\eta^2_p = .72$ ). En cuanto a los resultados univariados intrasujetos, se puede apreciar que tras los meses de aplicación del programa aumentó el uso de la estrategia de reevaluación como forma de regulación emocional (ver Tabla 5), siendo este cambio estadísticamente significativo ( $F_{(1,10)} = 11.87$ ,  $p = .005$ ,  $\eta^2_p = .52$ ).

Por otro lado, atendiendo a la otra estrategia medida por la escala, la de supresión emocional, en la medida post-test se redujo la tendencia a su utilización, siendo esta reducción significativa estadísticamente ( $F_{(1,10)} = 14.18$ ,  $p = .003$ ,  $\eta^2_p = .56$ ).

EI (Inestabilidad emocional). De nuevo se comprobó que no había diferencias en las puntuaciones pre-test de inestabilidad emocional entre niños españoles y niños inmigrantes. Los resultados de los principales estadísticos descriptivos están en la Tabla 6.

Para analizar el efecto de la intervención el contraste t de Student de medidas repetidas reveló que la inestabilidad emocional post-test era inferior que la medida pre-test (Tabla 6), resultando esta diferencia estadísticamente significativa ( $t(11) = 4.80$ ,  $p = .001$ , 95 % IC [1.85, 4.98].

## Discusión

Siendo conscientes de las limitaciones metodológicas de este trabajo, debidas fundamentalmente a las dificultades que entraña el acceso a una muestra de estas características, no se ha pretendido en ningún momento un abordaje exhaustivo y definitivo sobre los problemas de competencia emocional en menores que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social. Nuestro objetivo era acercarnos de forma preliminar a una muestra de niños con estas características y explorar el efecto de una serie de actividades adaptadas al ciclo de educación primaria para valorar su posible eficacia.

En cuanto a la primera de las hipótesis del estudio, los resultados mostraron que no se dan diferencias en las distintas competencias emocionales entre los niños que

Tabla 6

*Estadísticos descriptivos en Inestabilidad Emocional para la muestra total y en función del origen de la familia*

Grupo	N	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>	
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
Total	12	12.08 (4.70)		8.67 (4.48)	
Españoles	5		13.80 (7.12)		9.80 (6.46)
Inmigrantes	7		10.86 (1.57)		7.86 (2.67)

proceden de familias españolas o inmigrantes, dado que se encuentran el mismo tipo de carencias emocionales. Al igual que muestra la investigación realizada en otros países, nuestros resultados señalan que los déficits que muestran los menores que viven situaciones de clara desventaja social, podrían explicarse en función del factor socio-económico y no tanto de la diversidad cultural (Han et al., 2012; Zilanawala et al., 2015). En este sentido, no se han encontrado diferencias entre niños de familias españolas y niños de familias inmigrantes en aspectos como la comprensión de las emociones, adaptabilidad, manejo de las emociones o estrategias de regulación emocional utilizadas. Solo se han encontrado diferencias en una dimensión. Los niños que proceden de familias inmigrantes muestran mejores puntuaciones en la dimensión Intrapersonal, es decir, aquella que se refiere a la habilidad para comprender y comunicar las emociones propias. Es posible que en este caso los elementos culturales resulten explicativos. Algunos autores han evidenciado diferencias en los estilos de expresión y comunicación emocional entre culturas de tradición más individualista y culturas colectivistas (Eid y Diener, 2001). También Serrano, El-Astal y Faro (2004), comparando adolescentes españoles, palestinos y portugueses encontraron que los adolescentes latinos cada vez son más individualistas y orientados al yo. Esto podría explicar que los niños españoles comuniquen menos sus propias emociones a los otros si se comparan con inmigrantes procedentes de culturas más colectivistas. En cualquier caso, se necesita más investigación para determinar la influencia cultural en este aspecto.

En cuanto a los resultados obtenidos en las diferentes competencias emocionales tras los meses de intervención, se apunta una mejoría en el estado de ánimo general, adaptabilidad y manejo del estrés, mayor utilización de estrategias de regulación emocional adecuadas como reevaluación de la situación y un descenso en el uso de estrategias inadecuadas como la supresión emocional. Asimismo, los niños que participaron en el estudio también se mostraron más estables emocionalmente tras la intervención. A continuación, se discuten estos resultados con más detenimiento.

En conocimiento emocional, atendiendo estrictamente a los resultados, no se han encontrado diferencias tras la intervención. Sin embargo, hay algunas cuestiones en las que merece la pena hacer un énfasis especial. Antes de la intervención los niños del estudio presentaban en algunos componentes porcentajes de acierto equiparables a los niveles propios de niños de 5 años pertenecientes a población típica (Pons, Harris y de Rosnay, 2004; Widen y Russell, 2008). Tras la intervención, estos porcentajes mejoraron, aunque sin alcanzar la significatividad estadística, en identificación de emociones, causalidad, comprensión de deseos, ambivalencia emocional y comprensión de emociones morales. Resulta curioso que, sin embargo, los resultados empeoraron en distinción entre emociones fingidas y reales. Si comparamos los resultados de los niños de este estudio con trabajos anteriores llevados a cabo en nuestro país con niños de población socio-económica media, los menores en situación de riesgo se sitúan, antes de la intervención, en niveles similares a los de niños de 5 años (Giménez-Dasí et al., 2013). No hay por tanto que dejar de lado el impacto que la situación de desventaja socioeconómica puede ocasionar en estos niños a nivel emocional y social llegando a producir un importante retraso en la adquisición de ciertas competencias emocionales.

Comparando los resultados promedio en el TEC con los de Pons, Lawson, Harris y de Rosnay (2003) los niños de esta muestra, pese a encontrarse en un rango de edad de entre 9 y 10 años se equipararían con los que en aquél estudio estaban en la franja de edad entre 6 y 7 años. Es importante mencionar que los posibles déficits observados cuando se comparan los niños del estudio con niños de muestras normativas, podrían deberse también a las diferencias culturales. No obstante, varios estudios han llegado a la conclusión de que el impacto de la cultura sobre el rendimiento de los niños en el TEC es relativo. Aunque la edad en la que la mayoría de los niños tienen éxito en los distintos componentes puede variar entre culturas, las diferencias de edad, así como la jerarquía de componentes del TEC son similares en todas las culturas. Estas similitudes se han observado entre culturas occidentales y no occidentales

(Minervino et al., 2010; Tenenbaum, Vischer, Pons y Harris, 2004). En el mismo estudio, los autores identifican el lenguaje como uno de los factores que más influyen en la comprensión emocional y sugieren que los programas de educación emocional deberían contemplar la discusión de episodios con carga emocional. Aunque los actuales resultados no aportan evidencia suficiente a favor de esta postura en lo que a comprensión emocional se refiere, parece que fomentar el diálogo sobre emociones en el grupo de iguales, puede estar en la dirección correcta a la hora de educar emocionalmente. Serán necesarios nuevos estudios que exploren el papel explicativo que pueda tener el lenguaje.

Si prestamos atención a los resultados encontrados en las otras variables del estudio, un aspecto esperanzador tiene que ver con la mejoría experimentada en manejo de las emociones y adaptabilidad. Ambas variables guardan relación con la habilidad para resolver conflictos y manejar las emociones, aspectos cuyo déficit está estrechamente relacionado con una adolescencia conflictiva y problemática (Hessler y Fainsilber, 2010; Lomas et al., 2012; Valois et al., 2013). Igualmente, hay que mencionar cómo los niños del estudio después de la intervención utilizan menos estrategias de regulación emocional basadas en la supresión. Estas estrategias están indisolublemente ligadas al “aprendizaje de la calle”, donde un menor que ha crecido en un entorno desestructurado y sin referentes emocionales claros, se acostumbra a gestionar sus propios conflictos y las emociones que derivan de ellos, con la mayor discreción. Pasar de ahí al manejo y utilización de estrategias que supongan una nueva evaluación de la situación que genera la emoción negativa, supone cambios que a medio y largo plazo serán sin duda mucho más adaptativos. En ambos casos, tanto en supresión como en reevaluación, el tamaño del efecto tras la intervención fue elevado.

Los resultados también han mostrado una mejoría significativa en inestabilidad emocional tras la intervención. Esta mejoría, en caso de mantenerse en el tiempo, podría suponer un factor preventivo del

desarrollo de agresividad durante la adolescencia. Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud de Minzi, y Mesurado (2012), encontraron que la inestabilidad emocional es un factor predictivo de la agresividad en adolescentes, frente a estrategias de afrontamiento de problemas centradas en la resolución del problema que se relacionaban con una baja agresividad.

Sin olvidar que el estudio únicamente supone un primer acercamiento a la intervención en competencia emocional con una población apenas tratada en nuestro país, los resultados animan a continuar trabajando en esta línea. No obstante, como acabamos de mencionar, este trabajo tiene algunas limitaciones que es necesario señalar. En primer lugar, es necesario trabajar con muestras mayores y disponer de grupos control. Este estudio es una primera aproximación que nos ha revelado lo extremadamente difícil que resulta el acceso a este tipo de niños. Dadas sus difíciles condiciones de vida, las instituciones educativas y ONGs que trabajan con ellos imponen una serie de controles y trámites burocráticos que dificultan una acción ágil por parte de profesionales externos. Estos procedimientos obviamente tienen como objetivo proteger a los menores, pero exigen mucha planificación y coordinación previa además de largos tiempos de espera antes de poder empezar a intervenir. En segundo lugar, sería necesario tomar medidas tiempo después de la intervención para comprobar si los efectos del programa se mantienen a medio y largo plazo. Una última limitación del trabajo tiene que ver con la dificultad existente para encontrar herramientas de medida validadas en el contexto español. De este modo, algunas de las medidas se han realizado mediante adaptaciones al castellano de los propios autores a partir de escalas validadas en otros países, con las consiguientes dificultades que esto puede acarrear en cuanto a fiabilidad o validez.

Para terminar, podemos concluir que la intervención realizada apunta hacia una dirección de trabajo que puede contribuir a reducir las carencias emocionales que sufren los niños que viven en situación de riesgo social. La intervención desde educación infantil y primaria podría evitar futuros problemas psicopatológicos, conductuales y

sociales. Este trabajo de prevención depende en gran medida de los profesionales pertenecientes a equipos educativos interdisciplinares ya sean psicólogos, trabajadores sociales u otros agentes educativos. Pero no bastaría con eso, sino que parece necesario implicar a toda la comunidad educativa. Para que los resultados sean óptimos es vital que la administración, la comunidad escolar y las familias tomen conciencia de la relevancia que la competencia emocional debe tener en los currículos escolares. Los resultados obtenidos invitan al optimismo y nos hacen pensar en la relevancia que puede tener realizar futuras intervenciones con muestras mayores. Por otra parte, de cara al futuro se pueden realizar estudios más específicos en los que se estudie con más detalle el tipo de problemática que sufren los niños. Igualmente, se pueden tomar otro tipo de medidas (por ejemplo, de desarrollo lingüístico, de teoría de la mente, etc.) que permitan dibujar un panorama más completo de los progresos así como, quizás, una explicación más certera de las dificultades de los niños.

## Referencias

- Álvarez, M. (Coord.). (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Barcelona, España: Praxis.
- Ambrona, T., López, B. y Márquez, M. (2012). Eficacia de un programa de educación emocional breve para incrementar la competencia emocional de niños de educación primaria, *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23(1), 39-49.
- Arruabarrena, I. y De Paúl, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias maltratantes y negligentes y familias de alto riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11(2), 213-227.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A. y Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25(3), 27-40.
- Balsells, M. A. (2003). La infancia en riesgo social desde la sociedad del bienestar. *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 4, 1-9.
- Bar-On, R. y Parker J.D. (2000) *EQ-i:YV. Baron Emotional Quotient Inventory: Youth Version. Technical Manual*. New York: MHS.
- Caprara, G. V. y Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behavior, and aggression: some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7, 19-36.
- Celdrán, J. y Ferrández, C. (2012). Reconocimiento de emociones en niños de Educación Primaria: Eficacia de un programa educativo para reconocer emociones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(28), 1321-1342.
- Cerezo, M., Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cantero, M. (1999). Prevención de maltrato de infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 239-250.
- Cohen, J. (2006). Social, emotional, ethical, and academic education: Creating a climate for learning, participation in democracy, and well-being. *Harvard Educational Review*, 76(2), 201-237.
- Cova, F., Maganto, C. y Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psykhe (Santiago)*, 14(1), 227-232.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: Su relación con la depresión. *Clinica y Salud*, 12(1), 33-50.
- Denham, S. A., Blair, K., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S. y Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74(1), 238-256.

- Diekstra, R. F. y Gravesteijn, C. (2008). *Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide. Social and emotional education: An international analysis*, 255-312. Recuperado de <http://www.lionsquest.org/pdfs/EvaluationBotinEnglish.pdf>
- Eid, M. y Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: inter- and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 869-885.
- Fernández-Abascal, E. y Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6(317) <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00317>
- Ferrando, M. (2006). *Creatividad e inteligencia emocional: un estudio empírico en alumnos con altas habilidades* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/11026>
- Fredrikson, B. L. y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Giménez-Dasí, M., Fernández-Sánchez, M. y Daniel, M. F. (2013). *Pensando las emociones. Programa de intervención para Educación Infantil*. Madrid, España: Pirámide.
- Giménez-Dasí, M., Fernández-Sánchez, M. y Quintanilla, L. (2015). Improving social competence through emotion knowledge in 2-year-old children: A pilot study. *Early Education & Development*, 26(8), 1128-1144. <http://dx.doi.org/10.1080/10409289.2015.1016380>
- Giménez-Dasí, M., Quintanilla, L. y Daniel, M. F. (2013). Improving emotion comprehension and social skills in early childhood education: An intervention through Thinking Emotions. *Childhood and Philosophy*, 9(17), 63-89.
- González, J de D. y Merchán, I. M. (2011). Investigación transfronteriza sobre un programa de inteligencia emocional con alumnos de educación primaria de Badajoz (España) y Castelobranco (Portugal): Análisis de la eficacia del programa en alumnos de Badajoz. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 303-312.
- GROP (1998). Educación emocional. En M. Álvarez y R. Bisquerra (Coords.), *Manual de orientación y tutoría* (pp. 144/27-144/43). Barcelona, España: Praxis.
- GROP (1999). Actividades de educación emocional. En M. Álvarez y R. Bisquerra (Coords.), *Manual de orientación y tutoría* (pp. 330/27-330/59). Barcelona, España: Praxis.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Han, W., Lee, H. y Waldfogel, J. (2012). School readiness among children of immigrants in the US: evidence from a large national birth cohort study. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 771-782.
- Hessler, D. M. y Fainsilber, L. (2010). Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of Adolescence*, 33, 241-246.
- Ibarrola, B. (2004). *Sentir y pensar. Programa de inteligencia emocional para niños y niñas de 3 a 5 años*. Madrid, España: SM.
- John, O. P. y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

- Lipman, M., Sharp, A. M. y Oscanyan, F. S. (1980). *Philosophy in the classroom*. Philadelphia: Themple University Press.
- Lizeretti, N. y Rodríguez, A. (2011). La Inteligencia Emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 233-253.
- Lomas, J., Stough, C., Hansen, K. y Downey, L. A. (2012). Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 207-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.03.002>
- Martín, J. C., Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Correa, A. D. y Rodríguez, G. (2004). Evaluación del programa “Apoyo personal y familia” para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, 27(4), 437-445.
- Martínez, A., Piqueras, J. A. e Inglés, C. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 37(14). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligent and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. M., Richaud de Minzi, M. C. y Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1263-1275.
- Minervino, M., Dias, B., Silveira, D. y Roazzi, A. (2010). Emoções nas ruas: Uso do “Test of Emotions Comprehension” em crianças em situação de trabalho na rua. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 354-361.
- Moreno, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, 18(1), 135-150.
- Mostow, A., Izard, C., Fine, S. y Trentacosta, C. (2002). Modeling emotional, cognitive and behavioral predictors of peer acceptance. *Child Development*, 73(6), 1775-1787.
- Ortega-Navas, M. C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación Psicopedagógica (REOP)*, 21(2), 462-470.
- Pérez-González, A. y Robles-Gavira, G. (2013). *Camino a la exclusión. Relaciones entre el fracaso y abandono escolar y los procesos de exclusión social severa*. <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.2673.5040>.
- Peña, A. M. y Canga, M. (2009). La educación emocional en el contexto escolar con alumnado de distintos países. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 199-210.
- Pons, F. y Harris, P. L. (2002). *Test of Emotion Comprehension TEC*. Oxford: Oxford University.
- Pons, F. y Harris, P. (2005). Longitudinal change and longitudinal stability of individual differences in children's emotion understanding. *Cognition and Emotion*, 19(8), 1158-1174.
- Pons, F., Harris, P. L. y de Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental period and hierarchical organization. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(2), 127-152.
- Pons, F., Harris, P. y Doudin, P. A. (2002). Teaching emotion understanding. *European Journal of Psychology of Education*, 17(3), 293-304.
- Pons, F., Lawson, J., Harris, P. L. y de Rosnay, M. (2003). Individual differences in children's emotion understanding: Effects of age and language. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 347-353.

- Ribes, R., Bisquerra, R., Agulló, M. J., Filella, G. y Soldevila, A. (2005). Una propuesta de currículo emocional en educación infantil. *Cultura y Educación*, 17(1), 5-18. <http://dx.doi.org/10.1174/1135640053603337>
- Roberts, Y. H., Snyder, F. J., Kaufman, J. S., Finley, M. K., Griffin, A., Anderson, J. y Crusto, C. A. (2014). Children exposed to the arrest of a family member: Associations with mental health. *Journal Of Child And Family Studies*, 23(2), 214-224. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9717-2>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid, España: Pirámide.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C. y Máiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.
- Sainz, M., Ferrández, C., Fernández, C. y Ferrando, M. (2014). Propiedades psicométricas del inventario de Cociente Emocional EQ-i: YV en alumnos superdotados y talentosos. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 41-55.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Serrano, G., El-Astal, S. y Faro, F. (2004). La adolescencia en España, Palestina y Portugal: un análisis comparativo. *Psicothema*, 16(3), 468-475.
- Tenenbaum, H., Alfieri, L., Brooks, P. y Dunne, G. (2008). The effects of explanatory conversations on children's emotion understanding. *British Journal of Developmental Psychology*, 26, 249-263.
- Tenenbaum, H., Visscher, P., Pons, F. y Harris, P. (2004). Emotion understanding in Quechua children from an agro-pastoralist village. *International Journal of Behavioral Development*, 28(5), 471-478.
- Valois, R. F., Zullig, K. J. y Hunter, A. A. (2013). Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 237-248. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9829-8>
- Widen, S. C. y Russell, J. A. (2008). Young children's understanding of other's emotions. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3<sup>a</sup> Ed., pp. 348-363). Nueva York: Guilford Press.
- Zilanawala, A., Sacker, A., Nazroo, J. y Kelly, Y. (2015). Ethnic differences in children's socioemotional difficulties: Findings from the Millennium Cohort Study. *Social Science and Medicine*, 134, 95-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.012>