

LIBRO DE CAPÍTULOS

Virtual V Congreso Nacional de Psicología

E INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PUBLIC HEALTH PSYCHOLOGY

CNP2021

www.cnp2021.es



9 al 11
Julio
2021

Psicología
y Salud
Pública:
necesidad y
oportunidad

Organiza



Virtual
V Congreso
Nacional de
Psicología
INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PUBLIC HEALTH PSYCHOLOGY
CNP2021



ISBN: 978-84-123659-1-7

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Análisis de las llamadas recibidas durante el confinamiento por la COVID-19 en el Servicio de Atención Psicológica Telefónica (SAPT) del Colegio Profesional de Psicología de Aragón | 3 |
| Ansiedad en adultos españoles durante la pandemia Covid-19: Estrategias de afrontamiento | 8 |
| Autoridad parental y rencor en menores con delito de maltrato familiar | 16 |
| Consecuencias del Consumo de Pornografía en la Adolescencia: una Revisión Bibliográfica | 21 |
| Depresión y ansiedad en distintas generaciones españolas durante el confinamiento por COVID-19 | 26 |
| El papel de la regulación emocional y el estrés en el rendimiento de deportistas profesionales | 33 |
| El primer año de pandemia por COVID-19 aumentó el alta terapéutica en servicios residenciales de atención especializada a las adicciones a drogas | 39 |
| Impacto Psicosocial de la Pandemia por Covid-19: Importancia de la Percepción de Apoyo Social y de la Calidad de la Convivencia | 45 |
| Hábitos de juego infantil y su impacto en el Desarrollo Socioemocional | 51 |
| Inteligencia emocional y resiliencia entre agresores victimizados y no victimizados en la violencia filio-parental | 65 |
| Intervención temprana mediante exposición con prevención de respuesta en un caso de trastorno obsesivo compulsivo | 72 |
| Intervenciones Basadas en la Evidencia para la Prevención de la Depresión Perinatal | 77 |
| Obesidad y acoso escolar en la infancia y adolescencia: una revisión sistemática | 86 |
| Prevalencia de la ansiedad relacionada con el embarazo: utilidad de la versión española del Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) | 93 |
| Tratamiento Integrador en un Caso de Dolor Crónico | 99 |

ANÁLISIS DE LAS LLAMADAS RECIBIDAS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA COVID-19 EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA (SAPT) DEL COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN

Alicia Monreal-Bartolomé, Yolanda López-Del-Hoyo, Jesús Lanero Sáenz, Itxaso Cabrera-Gil, Santiago Boira, Esperanza Inmaculada Valls Lázaro, Lucía Tomas Aragonés

Grupo de Investigación en Psicología del Colegio Profesional de Psicología Aragón

La COVID-19 ha tenido gran impacto en la salud física y mental. Durante el confinamiento, se puso en marcha un Servicio de Atención Psicológica Telefónica (SAPT) gratuito ofrecido por el Colegio Profesional de Psicología de Aragón (COPPA). Los objetivos son estudiar las llamadas recibidas, analizar el número, motivos, edad y género de quienes utilizaron el servicio y las relaciones entre las variables implicadas. Se recibieron 1.411 llamadas, de las cuales 598 fueron registradas, cuyos motivos principales fueron: síntomas de tipo ansioso (38%), preocupación por familiar/allegado (16%), problemas psicológicos previos agravados por el confinamiento (7%), conflictos (5%), síntomas de tipo depresivo (4%), duelo (4%), solicitud de pautas de cuidado (4%), soledad (2%) e insomnio (1%). Los resultados ponen de manifiesto el uso intensivo del SAPT confirmando la necesidad de la puesta en marcha de recursos específicos de atención psicológica para cubrir las necesidades psicológicas de la población en tiempos de crisis.

Palabras clave: COVID-19, Salud mental, Pandemia, Ayuda telefónica, Impacto psicológico.

ANALYSIS OF THE CALLS RECEIVED DURING THE COVID-19 CONFINEMENT BY THE PSYCHOLOGICAL TELEPHONE ASSISTANCE SERVICE (SAPT) OF THE PROFESSIONAL COLLEGE OF PSYCHOLOGY OF ARAGON

Abstract: COVID-19 has caused a great impact on physical and mental health. During the confinement, a free Psychological Telephone Assistance Service (SAPT) offered by the Professional Association of Psychology of Aragón (COPPA) was set up. This study aims to study the calls received, describe the number, reasons for the calls made, type of population that used it, and the possible relationships between the variables involved. Thus, 1,411 calls were received, of which 598 were registered, whose main reasons were: anxiety-type symptoms (38%), concern for a family member/allegiant (16%), previous psychological problems aggravated by confinement (7%), conflicts (5%), depressive-type symptoms (4%), bereavement (4%), request for care guidelines for a family member (4%), loneliness (2%) and insomnia (1%). These results highlight the intensive use of the SAPT, confirming the need for the implementation of specific psychological care resources of this type to meet the psychological needs of the population in times of crisis.

Keywords: COVID-19, Mental health, Pandemic, Telephone assistance service, Psychological impact.

INTRODUCCIÓN

La pandemia en la que nos encontramos inmersos por la COVID-19, que dio comienzo en China y se ha extendido por todo el mundo, ha generado la aplicación de severas medidas tanto sanitarias como sociales, lo que ha tenido consecuencias psicológicas muy importantes tanto a nivel individual como grupal, como son un aumento de los síntomas de ansiedad, depresión, angustia psicológica, trastornos de estrés postraumático e insomnio, y una menor

calidad de sueño y de bienestar psicológico (Cai et al., 2020; Huang y Zhao, 2020; Liang et al., 2020; Sønderskov et al., 2020; Vindegaard y Benros, 2020; Zhang et al., 2020a).

El 14 de marzo de 2020 se declaró el estado de emergencia, produciendo el confinamiento obligado de la población en sus hogares, teniendo permiso para salir solo en determinados supuestos muy restrictivos.

El estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (RD463/2020, de 14 de marzo),

tras sucesivas prórrogas, finalizó a las 00:00 horas del día 21 de junio de 2020 (RD 21/2020, de 9 de junio). El Consejo de ministros aprobó el 25 de octubre un nuevo Estado de alarma, que fue prorrogado por un periodo de 6 meses desde las 00:00 horas del 9 de noviembre de 2020 hasta las 00:00 horas del 9 de mayo de 2021 (RD 926/2020, de 25 de octubre; RD 956/2020, de 3 de noviembre).

A lo largo de este periodo han ido variando los diferentes niveles de restricciones, tanto en intensidad como en localización geográfica, causando gran malestar a la población involucrada. Las consecuencias psicológicas de esta crisis han sido múltiples y de diferente tipología, tales como: ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático e insomnio, principalmente. Todo ello tanto en las personas en riesgo como en la población en general (Cai et al., 2020; Huang y Zhao, 2020; Liang et al., 2020; Lu et al., 2020; Mo et al., 2020; Vindegaard y Benros, 2020; Zhang et al., 2020a; Zhang et al., 2020b; Zhu et al., 2020). No obstante, el Sistema Nacional de Salud español (SNS) tiene recursos limitados e insuficientes para atender la avalancha de necesidades producidas por la pandemia, significativamente deficiente en lo referente a la atención psicológica (Defensor del Pueblo, 2020). Ante la dimensión de las necesidades y lo urgente de su afrontamiento, se consideró imprescindible la movilización de todos los recursos disponibles, previstos o no por el SNS, lo que llevó a la puesta en marcha de una iniciativa nacida en el Colegio Profesional de Psicología de Aragón (COPPA) consistente en un servicio de atención psicológica telefónica (SAPT) que se mantuvo durante 46 días del confinamiento inicial en la pandemia. Este servicio se hizo junto con el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y la Fundación Rey Ardid Lazan. Dicho servicio fue totalmente gratuito para los usuarios.

El presente estudio tiene como objetivo estudiar las llamadas que se produjeron durante el periodo de tiempo que estuvo activo el servicio SAPT creado por el COPPA. Es también objeto de este trabajo conocer las características (edad y género) de la población que hizo uso de este servicio, así como los motivos principales de las llamadas registradas. Sin dejar de lado el análisis de las posibles relaciones que existen entre las diferentes variables implicadas (género, edad, motivos y tiempo transcurrido desde el inicio del servicio).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Todas aquellas personas que llamaron al servicio SAPT solicitando apoyo psicológico mientras estuvo activo el mismo (desde el 23 de marzo hasta el 29 de mayo de 2020).

PROCEDIMIENTO

Del colectivo de psicólogos que formaban parte del COPPA en el momento del inicio del servicio SAPT, se presentaron voluntarios un total de 250 psicólogos que atendieron un total de 1.411 llamadas durante los 46 días que estuvo activo el servicio. La media de llamadas atendidas al día por este colectivo fue un total de 30,67 llamadas/día. De estas llamadas atendidas, se registró información de 598 llamadas de forma voluntaria (ver información registrada en el apartado Materiales).

El teléfono que prestaba el servicio era el 876 036 778, cedido por el departamento de sanidad, con un horario de atención de ocho de la mañana a ocho de la tarde. El SAPT tuvo difusión a través de las redes sociales y los diferentes medios de comunicación. Los usuarios solo conocían el número de teléfono, en ningún caso el del profesional que les iba a atender, estableciéndose un total de tres turnos de cuatro horas cada uno, dentro del horario de apertura del servicio, sobre el total del colectivo de psicólogos voluntarios para la atención a las llamadas recibidas.

La población que tuvo acceso al servicio SAPT fue cualquier persona que llamase al mismo, estando dirigida a las personas que residían en la Comunidad Autónoma de Aragón. No existía ningún tipo de restricción de acceso, más allá de la normativa vigente y por supuesto la imperiosa necesidad de ser atendido por un problema psicológico, tanto personal como de otra persona de su entorno.

El servicio del SAPT estuvo activo desde el 23 de marzo hasta el 29 de mayo, fecha en la cual finaliza por considerarse alcanzados los objetivos marcados para el mismo.

El tipo de asistencia que se dio a las personas que solicitaban el servicio fueron:

1. Analizar el motivo de la llamada.
2. Identificación de síntomas.
3. Intervención directa con el usuario- Traslado de información útil.
4. Derivación a servicios especializados en caso de necesidad.

MATERIALES

Tras la intervención, el psicólogo implicado rellenaba una ficha preparada al efecto donde se recogía información sobre la intervención: Fecha y hora de la llamada, género de la persona que llamaba, rango de edad a elegir entre: a) joven/niño, b) adulto o c) mayor/anciano, motivo principal de la llamada, información relevante de la llamada (texto libre que fue codificado como otros motivos u otra información relevante) y respuesta dada por el psicólogo.

DISEÑO

Se efectúa el análisis descriptivo en función del tipo de variable utilizando al efecto medias, frecuencias, desviación estándar, el estadístico Chi cuadrado, así como el coeficiente de correlación de Spearman. La significación estadística corresponde a un valor de $p < ,05$. Por su parte, fue el programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 (International Business Machines Corporation [IBM], 2017), con el que se llevó a cabo el análisis de datos.

RESULTADOS

El SAPT tuvo mayor actividad al inicio del servicio, la mayoría de las llamadas recibidas se realizaron durante las primeras 5 semanas de la puesta en marcha del servicio, en concreto el 65,13% del total de llamadas se tramitaron en este periodo. Otro dato destacado fue que el 77,91% de las llamadas registradas fueron efectuadas por mujeres. En cuanto a la distribución por edades el 77,9% de las llamadas registradas fueron hechas por adultos, frente al 3% de jóvenes o niños, y el 19,1% de mayores o ancianos.

Los motivos principales de las llamadas fueron por orden de mayor a menor: Síntomas de tipo ansioso (38%), preocupación por un familiar/allegado (16%), problemas psicológicos previos agravados por el confinamiento (7%), conflictos familiares, de pareja o de convivencia (5%), síntomas de tipo depresivo (4%), duelo por el fallecimiento reciente de algún familiar/allegado (4%), solicitud de pautas de cuidado de algún familiar (4%), soledad (2%) e insomnio (1%).

Por otro lado, tras el análisis de dependencia de variables con la variable género (ver Tabla 1), se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ansiedad y sexo, de modo que más hombres llaman por síntomas de ansiedad, un 60,8% frente al 49,5% de mujeres. Por el contrario, son significativamente más las mujeres que llaman por preocupación por un familiar o amigo, el 22,7% de mujeres frente al 12,4% en hombres. Por pautas de cuidado es un 6% de mujeres, en tanto en cuanto que es 1,3% de hombres. Por duelo es el 6,2% de llamadas de sexo femenino frente al 2% del masculino. No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre rango de edad (adulto, mayor y jóvenes/niños) y los diferentes motivos de llamada.

Tabla 1

Cruce de Variables con Género

| Correlación entre variables | p-valor | Chi-cuadrado |
|------------------------------------|---------|--------------|
| Duelo | ,039 | 4,25 |
| Conflictos | ,071 | 3,25 |
| Problemas psicológicos previos | ,767 | 0,09 |
| Síntomas de tipo ansioso | ,017 | 5,74 |
| Síntomas de tipo depresivo | ,530 | 0,40 |
| Preocupación por familiar/allegado | ,006 | 7,48 |
| Pautas de cuidado | ,020 | 5,42 |
| Soledad | ,743 | 0,11 |
| Insomnio | ,265 | 1,24 |

Tras el análisis correlacional podemos observar que las llamadas por conflicto (familiar, de pareja, ...) aumentan ligeramente conforme pasa el tiempo en confinamiento ($p < ,001$; $r = ,147$). Al contrario que por patología psicológica previa, las llamadas se producen más al comienzo ($p = ,035$; $r = -,087$). Las llamadas por síntomas de tipo ansiosos también disminuyen con el tiempo ($p = ,005$; $r = -,117$).

Finalmente, se observa que los mayores aumentan sus llamadas al servicio con el tiempo, y los jóvenes llaman más hacia el comienzo ($p < ,001$; $r = ,155$).

Tabla 2

Cruce de Variables con Fecha de Llamada

| Correlación entre variables | p-valor | r |
|------------------------------------|---------|------|
| Sexo | ,574 | -,03 |
| Edad | ,001* | ,16 |
| Duelo | ,242 | ,05 |
| Conflictos | ,001* | ,15 |
| Problemas psicológicos previos | ,035 | -,09 |
| Síntomas de tipo ansioso | ,005 | -,12 |
| Síntomas de tipo depresivo | ,936 | ,00 |
| Preocupación por un familiar/amigo | ,084 | -,07 |
| Pautas de cuidado | ,113 | ,07 |
| Soledad | ,349 | -,04 |
| Insomnio | ,972 | ,00 |

Nota. * $p < ,001$

DISCUSIÓN

Es destacable el uso intensivo que se hizo del servicio SATP puesto en marcha por el COPPA junto con el Departamento de Sanidad de Aragón y con la colaboración de la Fundación

Rey Ardid durante los meses más difíciles de la pandemia en Aragón. Este aspecto pone de manifiesto la gran necesidad de atención psicológica por parte de la población de la región, llegando a ser 1.411 las llamadas gestionadas, de las cuales 598 fueron registradas y analizadas en profundidad en este estudio. Se considera un número elevado de llamadas recibidas si lo comparamos con las 993 llamadas atendidas en un estudio similar en la región de Castilla la Mancha (Colegio Oficial de la Psicología de Castilla-La Mancha, 2020), o las 153 llamadas realizadas desde Aragón en un estudio realizado en todo el país (Berdullas, 2020). Estas cifras, junto con las de estudios en otros países (Geoffroy et al., 2020; Wang et al., 2020; Li et al., 2020), reflejan la utilidad de este tipo de servicios de líneas de ayuda telefónica en tiempos de pandemia.

También es de destacar que el uso que efectúan las mujeres del servicio es claramente superior al de los hombres, casi tres veces mayor, en concreto el 73,91%. Por su parte son los adultos los que hicieron el 77,9% de las llamadas frente a otros rangos de edad, destacando claramente sobre el resto, lo cual va en línea con lo encontrado en otros estudios similares (Colegio Oficial de la psicología de Castilla-La Mancha, 2020; González-Sanguino et al., 2020). Sin embargo, se contraponen a otros estudios preliminares sobre el impacto psicológico inmediato de la pandemia en los que son los jóvenes los usuarios más destacados (González-Sanguino et al., 2020; Ribeiro et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020).

Los motivos de las llamadas al teléfono de atención coinciden con lo observado en estudios similares (Berdullas et al., 2020; Geoffroy et al., 2020), siendo la sintomatología ansiosa la más presente en las consultas efectuadas. Sin embargo, va disminuyendo su incidencia conforme avanza la pandemia. Por el contrario, son las llamadas por conflictos (familiares, de pareja...) las que aumentan su número conforme avanza la pandemia. Esta tendencia es coherente con el estudio de Li et al. (2020), que observaron cómo los síntomas emocionales, como la ansiedad y la depresión, disminuyeron durante el tiempo que estuvo activa su línea de ayuda psicológica en Wuhan, mientras que la solicitud de resolución de problemas prácticos durante la pandemia aumentó gradualmente.

CONCLUSIONES

El alto número de llamadas recibido, así como los resultados obtenidos en estudios similares tanto en España como en otros países (Berdullas et al., 2020; Li et al., 2020; National Health Commission of China, 2020; Ussery y Waters, 2020; Wang et al., 2020; Wunsch-Hitzig et al., 2002), resaltan la utilidad y necesidad de servicios especializados en atención psicológica como el SAPT en situaciones de crisis como la vivida durante la pandemia por la COVID-19.

Se considera esencial seguir creando y estudiando servicios como el SAPT de cara a afrontar con los mayores recursos posibles situaciones futuras similares, en aras de minimizar los daños psicológicos, inmediatos y futuros, que las personas damnificadas deban soportar en entornos de crisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berdullas, S. S., Gesteira, S. C., Morán, R. N., Fernández, H. J. R., Santolaya, F., Sanz, F. J., y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la covid-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista Española de Salud Pública, 94*, e202010138.

Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., y Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry, 51*, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>

Colegio Oficial de la Psicología de Castilla-La Mancha. (2020, 7 de agosto). COPCLM: Escuchando a las personas en la Covid-19. Atención psicológica inmediata, prevención para el futuro. *Consejo General de la Psicología de España*. <http://www.cop.es/uploads/PDF/CASTILLA-LA-MANCHA-MEMORIA-TELEFONO-COVID19.pdf>

Defensor del Pueblo (2020, 30 de enero). El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud, 2020. *Defensor del Pueblo*. <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>

Geoffroy, P. A., Le Goanvic, V., Sabbagh, O., Richoux, C., Weinstein, A., Dufayet, G., y Lejoyeux, M. (2020). Psychological Support System for Hospital Workers During the Covid-19 Outbreak: Rapid Design and Implementation of the Covid-Psy Hotline. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 511. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00511>

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>

Huang, Y., y Zhao, N. (2020). Chinese mental health burden during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry, 51*, 102052. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102052>

IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows*. IBM Corp. <https://hadoop.apache.org>

Liang, Y., Chen, M., Zheng, X., y Liu, J. (2020). Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *Journal of Psychosomatic Research, 133*, 110102. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110102>

Li, W. T., Yang, G. Y., Tong, J., Li, Y., Liu, L. Z., Liu, y C. L., (2020). Trend Analysis of Calls of Wuhan “Xinxinyu” Psychological Hotline from February 4 to February 24 in 2020. *Psychol Communications*, 3(1), 24–27.

Lu, W., Wang, H., Lin, Y., y Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>

Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., y Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002–1009. <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>

National Health Commission of the People’s Republic of China (2020, 16 de septiembre). Guidelines for psychological assistance hotlines during 2019-nCoV pneumonia epidemic. *National Health Commission of the People’s Republic of China*. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 67, sec. I, de 14 de marzo de 2020, 25390-25400. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>

Real Decreto 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 163, de 9 de junio de 2020. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-5895-consolidado.pdf>

Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS- CoV-2. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 282, sec. I, de 25 de octubre de 2020, 91912-91919. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/10/25/926/dof/spa/pdf>

Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se proroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 291, sec. I, de 3 de noviembre de 2020, 95841-95845. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/11/03/956/dof/spa/pdf>

Ribeiro, E., Sampaio, A., Gonçalves, M., Taveira, M., Cunha, J., Maia, A., Matos, M., Gonçalves, S., Figueiredo, B., Freire, T., y Soares, T. (2020). Telephone-based psychological crisis intervention: the Portuguese experience with COVID-19.

Counselling Psychology Quarterly, 1-15. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1772200>

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Collado, S. (2020). Psychological impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 550–552. <https://doi.org/10.1037/tra0000943>

Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., y Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 226–228. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>

Ussery, W., y Waters, J. (2020). COP2COP hotlines: Programs to address the needs of first responders and their families. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 66-78. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj004>

Vindegaard, N., y Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

Wang, J., Wei, H., y Zhou, L. (2020). Hotline services in China during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 275, 125–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.030>

Wunsch-Hitzig, R., Plapinger, J., Draper, J., y del Campo E. (2002). Calls for help after September 11: a community mental health hot line. *Journal of Urban Health*, 79, 417–28. <https://doi.org/10.1093/jurban/79.3.417>

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., y Wang, H. X. (2020a). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., y Du, B. (2020b). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 49–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>

Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W., y Xiao, S. (2020). Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 386. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00386>

ANSIEDAD EN ADULTOS ESPAÑOLES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Lara-Moreno, Raquel^{1,2*}; Fernández-Daza, Martha³; Zabaraín-Cogollo, Sara³; Olivencia-Carrión, María Angustias²; Jiménez-Torres, Manuel^{2,4}; Olivencia-Carrión, María Demelza⁵; Maestre, José³; Castro, Greys³; Ogallar-Blanco, Adelaida^{2,4} y Godoy-Izquierdo, Débora^{2,4}

¹ Dep. Psicología Social. Universidad de Granada. ² Grupo de investigación Psicología de la Salud/Medicina Conductual (CTS-267). Universidad de Granada. ³ Universidad Cooperativa de Colombia en Santa Marta, Magdalena. ⁴ Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. ⁵ Centro de Salud de Torredonjimeno, Jaén. España.

Resumen: Quisimos investigar las principales estrategias de afrontamiento para el manejo de la ansiedad de adultos españoles y establecer diferencias según distintos niveles de ansiedad durante la pandemia Covid-19. Participaron voluntariamente 200 personas con diferentes condiciones personales y sociodemográficas (8% tuvieron síntomas de Covid-19 o diagnosticados). Completaron autoinformes de ansiedad, de estrategias de afrontamiento y distintos datos sociodemográficos y personales. Realizamos análisis descriptivos, correlacionales, diferencias de medias y regresiones lineales múltiples por pasos sucesivos. El nivel de ansiedad fue de 42/80. La ansiedad correlacionó con 9 de las 18 estrategias de afrontamiento, aunque sólo la reevaluación positiva, la expresión emocional, el distanciamiento y el conformismo fueron predictores significativos. Se encontraron diferencias significativas para 6 de las 18 estrategias de afrontamiento, la mayoría entre sin ansiedad/con ansiedad mínima con ansiedad marcada/severa. Nuestros resultados resaltan la importancia y conveniencia de desarrollar intervenciones que entrenen estrategias de afrontamiento eficaces para mejorar la salud mental en situaciones similares.

Palabras claves: Ansiedad, estrategias de afrontamiento, Covid-19, salud mental, adultos.

ANXIETY IN SPANISH ADULTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: COPING STRATEGIES

Abstract: We aimed to analyse the main coping strategies that Spanish adults use for managing anxiety, and to establish differences in coping styles by levels of anxiety during the Covid-19 pandemic. Two hundred people with different personal and sociodemographic conditions voluntarily participated (8% had experienced symptoms or were diagnosed of Covid-19). They completed self-reports of anxiety, coping, and sociodemographic and personal data. We carried out descriptive and correlational analyses, mean differences and multiple stepwise linear regressions. The anxiety level was 42/80. Anxiety correlated with 9 of the 18 coping strategies, although only positive reassessment, emotional expression, distancing, and conformity coping skills predicted it. Furthermore, significant differences were found for 6 of the 18 coping strategies, mostly between no/minimal anxiety and moderate/severe anxiety. Our results highlight the importance and convenience of developing interventions that train effective coping strategies to improve individuals' mental health in similar situations.

Keywords: Anxiety, coping strategies, Covid-19, mental health, adults.

INTRODUCCIÓN

El 30/01/2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote causado por Covid-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional y el 12/03/2020 constituía una pandemia oficial debido a los 125.000 casos detectados en 118 países y territorios (WHO, 2021). Para abril el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de España (CCAES, 2021) reporta 3.291.394 casos confirmados de

Covid-19, colocando a España en el 5º lugar a nivel europeo.

La pandemia Covid-19 ha tenido una rápida propagación y, dada la ausencia de vacunas eficaces hasta más recientemente, la única intervención posible para proteger la salud ha sido la adopción de estrictas medidas de cuarentena (restricciones de movimiento y aislamiento social). A pesar de que la eficacia de estas restricciones para la contención de la pandemia está bien establecida (Hellewell et al., 2020; Ranaei, 2020), el efecto de la cuarentena y las medidas relacionadas en la salud mental aún no está claro, aunque

se han emitido advertencias sobre sus consecuencias psicopatológicas (Cenat et al., 2021; Hellewell et al., 2020; Ranaei, 2020; López-Bueno et al., 2020; Shigemura et al., 2020; Xiang et al., 2020). Son diversos los problemas en la salud mental asociados a la pandemia por Covid-19; algunos son síntomas aislados mientras que otros son trastornos de mayor gravedad donde existe un marcado deterioro de la funcionalidad, incluyendo ansiedad, depresión, insomnio y trastorno por estrés postraumático (Cenat et al., 2021; Chandu et al., 2020; Clemente-Suarez, 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020; Ranaei, 2020; Wu et al., 2021; Zurcher et al., 2020).

Concretamente, Cavicchioli et al. (2021) encontraron que, de todos los participantes en los estudios revisados, el 20,8% tenía niveles clínicamente significativos de angustia psicológica, el 21,7% de estrés postraumático, el 22,7% síntomas depresivos y el 16,2% síntomas de ansiedad, durante y después de los periodos de cuarentena.

En el escenario actual los estudios proponen que la ansiedad no solo es debida a la pandemia por Covid-19 sino también al aislamiento, angustia psicológica, miedo, frustración, ira, insomnio y la incertidumbre (González-Sanguino, 2020; Kontoangelos et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Pérez-Fuentes et al., 2020). En un estudio con 1.933 españoles se encontró que el 26,9% indicaba síntomas de ansiedad, agravados a medida que se prolongaba el aislamiento (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

Otras investigaciones han encontrado que los efectos adversos del aislamiento y la angustia psicológica relacionada con las infecciones epidémicas están en gran medida relacionados con mecanismos de afrontamiento cognitivos, conductuales y emocionales disfuncionales (Chew et al., 2020). Se ha observado que las estrategias de afrontamiento de tipo conductual y emocional son las más beneficiosas para poder afrontar experiencias negativas, ya que reducen la carga impuesta por la angustia prolongada, liberan recursos cognitivos para lidiar con los factores estresantes cotidianos y permiten adaptarse a las demandas situacionales fluctuantes en situaciones de pandemia y desastres naturales (Bonanno et al., 2010; Fredrickson et al., 2003). Además, el afrontamiento centrado en el problema, la reevaluación cognitiva, el apoyo social y el afrontamiento de tipo evitativo son las estrategias de afrontamiento más utilizadas habitualmente en estas condiciones (Chew et al., 2020; Kunzler et al., 2021). En una revisión realizada por Almeda et al. (2021) se ha encontrado que todas las guías para el afrontamiento de los problemas mentales derivados de la COVID-19 incluyen consejos para mantener una buena salud mental, describen algunas habilidades psicológicas para ayudar a las personas a lidiar con su ansiedad y preocupación y promueven la conexión social en el hogar para generar apoyo.

Por todo lo anterior, la OMS (2020) ha reconocido la

importancia de prestar atención a la salud mental de la población general durante la pandemia de COVID-19.

En este escenario lleno de incertidumbres, cambio de rutinas, duelos no resueltos y el cúmulo de emociones experimentadas en el contexto de la pandemia del Covid-19, el presente estudio identifica la necesidad de continuar generando conocimiento en salud mental para contribuir con el restablecimiento del bienestar de las personas y minimizar el impacto que ocasiona este evento en la salud mental de la población española. Conocer las estrategias de afrontamiento efectivas durante el periodo de cuarentena y comprender los cambios en el comportamiento es importante no sólo para los resultados de salud asociados con estos comportamientos, sino también para ayudar al desarrollo de intervenciones de salud pública en poblaciones específicas para situaciones de cuarentena restrictiva (Sallis et al., 2020).

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio fue examinar el nivel actual de ansiedad y las distintas estrategias y estilos de afrontamiento adoptados para manejar las manifestaciones de ansiedad, durante una etapa activa de la pandemia Covid-19 (diciembre/2020–febrero/2021) en personas adultas españolas. Hipotetizamos que el nivel de ansiedad será notable y que las estrategias y estilos de afrontamiento utilizados para combatir dicha ansiedad serán tanto de tipo funcional como disfuncional (e.g., Chew et al., 2020; Kunzler et al., 2021).

En segundo lugar, quisimos determinar si las estrategias y los estilos de afrontamiento están asociados a diferentes niveles de ansiedad individuales y el impacto de estas sobre la ansiedad. Hipotetizamos que encontraríamos diferencias en los recursos de afrontamiento utilizados, siendo más funcionales en los participantes con menos ansiedad y más disfuncionales en los más ansiosos (e.g., Bonanno et al., 2010; Kunzler et al., 2021).

De forma complementaria, quisimos conocer el impacto del riesgo de Covid-19 sobre la ansiedad. Hipotetizamos que el riesgo de Covid-19 tendría un impacto importante sobre la ansiedad durante la pandemia, siendo esta mayor entre las personas diagnosticadas/con síntomas de la enfermedad en comparación con los participantes sanos (e.g., Cenat et al., 2021; Ranaei, 2020).

MÉTODO

PARTICIPANTES

En este estudio han participado de forma voluntaria, previo consentimiento informado, 200 españoles (71,5%

mujeres) de entre 18 y 74 años, de los que el 8% había tenido síntomas de Covid-19 o fueron diagnosticados como positivos. Según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, se estima que, a 1 de marzo de 2021, alrededor de 3.204.531 de 47.351.567 españoles habían sido diagnosticados de Covid-19, lo que corresponde a un 6,7% de la población; así, el porcentaje de participantes afectados por la infección en el presente estudio se ajusta a las proporciones nacionales de la pandemia para ese momento. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes.

MEDIDAS

Inventario Sociodemográfico ad-hoc: Se realizaron distintas preguntas de elección múltiple de tipo sociodemográfico y personal (ver tabla 1). Para conocer la experiencia personal con la Covid-19, la pregunta fue “En relación al Covid-19: 1. No tengo/he tenido síntomas ni un diagnóstico positivo; 2. Tengo/he tenido síntomas, pero no he sido diagnosticado/a; 3. Estoy diagnosticado/a (he obtenido positivo en un test)”. De esta pregunta se derivó la variable riesgo de Covid-19, con dos categorías: positivo, que incluye a aquellos participantes que respondieron la opción 2 ó 3, y negativo, que incluye al resto de participantes (sanos).

Escala de Ansiedad Autoinformada de Zung (SAS) (1947; versión española de Lusilla et al., 1990). El SAS es un autoinforme de 20 ítems diseñado para evaluar los niveles de ansiedad psicológica y síntomas somáticos a través de cuatro tipos de manifestaciones durante la última semana: síntomas cognitivos, autónomos, motores y del sistema nervioso central. Las respuestas se presentan en formato Likert (0=nunca, 3=la mayor parte del tiempo). A mayor puntuación, mayor intensidad y/o frecuencia de los síntomas ansiosos. Sus propiedades psicométricas han sido bien establecidas (Dunstan y Scott, 2020). En el presente estudio el α de Cronbach fue de ,84.

Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Fernández Abascal (1997). Este instrumento está compuesto por 72 ítems que evalúan 18 estrategias y 8 estilos de afrontamiento diferentes. Las respuestas se ofrecen en escala Likert de 0 (nunca) a 3 (siempre) puntos. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más habitualmente se utiliza esa estrategia o estilo de afrontamiento (siempre por encima de la media). Los autores informaron un α de Cronbach de ,73 para la escala completa (Martin et al., 1997). En el presente estudio, el valor de α fue de ,90.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los participantes.

| CONDICIONES | | N | % |
|------------------------|---|-----|------|
| SEXO | Mujeres | 57 | 28,5 |
| | Hombres | 143 | 71,5 |
| RANGO DE EDAD | Entre 18 y 44 años | 177 | 88,5 |
| | Entre 45 y 59 años | 17 | 8,5 |
| | Entre 60 y 74 años | 6 | 3 |
| ESTADO CIVIL | Casado/a o con pareja estable | 32 | 16 |
| | Soltero/a | 136 | 68 |
| | Divorciado/a, separado/a | 30 | 15 |
| | Viudo/a | 2 | 1 |
| NIVEL EDUCATIVO | Primaria | 5 | 2,5 |
| | Secundaria/Bachiller | 6 | 3 |
| | Cursando estudios universitarios | 58 | 29 |
| | Estudios universitarios terminados | 94 | 47 |
| | Máster/Doctorado | 21 | 10,5 |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajando | 155 | 77,5 |
| | Desempleado/a | 16 | 8 |
| | Tareas de casa | 4 | 2 |
| | Jubilado/a, pensionista | 25 | 12,5 |
| COVID-19 | Sin síntomas | 184 | 92 |
| | Con síntomas, pero sin diagnóstico | 4 | 2 |
| | Diagnóstico + (antes o en el momento del estudio) | 12 | 6 |
| NÚMERO DE CONVIVIENTES | 0 | 1 | ,5 |
| | 1 | 19 | 9,5 |
| | 2 | 37 | 18,5 |
| | 3 | 94 | 47 |
| | 4 o más | 49 | 24,5 |
| NÚMERO DE HIJOS/AS | 0 | 165 | 82,5 |
| | 1 | 5 | 2,5 |
| | 2 | 23 | 11,5 |
| | 3 | 4 | 2 |
| | 4 o más | 3 | 1,5 |

PROCEDIMIENTO

Tanto la captación de participantes (Facebook, Whatsapp, Instagram, correo electrónico) como la administración de las medidas (Google Forms®) fue online. Este estudio es parte de una investigación internacional aprobada por el Comité Ético de la Universidad Cooperativa de Colombia en Santa Marta, Magdalena (Colombia).

Los participantes que no tenían 18 años o más, nacionalidad o residencia española de un año o más, no leían y escribían español fluido, o tenían problemas graves de salud física o mental, fueron eliminados de los análisis. No hubo participantes con datos incompletos.

ANÁLISIS DE DATOS

Este es un estudio correlacional de tipo transversal. Se realizó un análisis preliminar exploratorio de los datos para detectar (y corregir) errores y verificar supuestos paramétricos (estadístico de Levene, $p > ,05$). Asimismo, se realizaron análisis descriptivos, correlaciones r-Pearson, ANOVA de un factor con comparaciones *post-hoc* (Bonferroni) y regresiones lineales múltiples jerárquicas por pasos sucesivos. El nivel de significación se estableció en $p < ,05$.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestran los resultados descriptivos para los síntomas de ansiedad y las estrategias y estilos de afrontamiento de los participantes. El nivel promedio de síntomas ansiosos fue de 42 sobre 70. Los participantes se clasificaron en ausencia de ansiedad (N=122, 61%), ansiedad leve (N=65, 32,5%), ansiedad moderada/grave (N=13, 6,5%) y ansiedad extrema (N=0, 0%). De las 18 estrategias de afrontamiento, las más usadas fueron reevaluación positiva, planificación, conformismo, desarrollo personal, resolver el problema y apoyo social emocional; y de los 8 estilos de afrontamiento el principal fue el método activo. En la tabla 2 también se muestran las correlaciones significativas entre los síntomas de ansiedad y las estrategias y estilos de afrontamiento. Los niveles de ansiedad correlacionaron inversamente con 9 de las 18 estrategias y 2 de los 8 estilos, y positivamente con 5 estrategias y con 1 estilo. La ansiedad actual y el riesgo de Covid-19 correlacionaron significativamente ($r = ,190$; $p = ,007$).

Además, se encontró que la ansiedad fue 41,9 para las personas que no tienen síntomas o no han sido diagnosticadas con Covid-19 (N= 184), 47,8 para los que tienen síntomas de Covid-19 pero no han sido diagnosticados (N= 4) y 48,9 para aquellos que han sido diagnosticados con Covid-19 (N= 12); estas diferencias también resultaron ser significativas ($F = 3,813$; $p = ,024$). Concretamente, sólo encontramos diferencias significativas en ansiedad entre los participantes sanos y aquellos que han sido diagnosticados y/o han tenido síntomas de Covid-19.

Tabla 2

Resultados descriptivos y correlaciones para ansiedad, estrategias y estilos de afrontamiento.

| Variables (rango posible de puntuaciones) | M | DT | Ansiedad |
|---|-------|-------|----------|
| | | | r |
| Ansiedad (20-80) | 42,43 | 9,52 | - |
| Riesgo de Covid-19 | - | - | ,190** |
| <i>Estrategias de Afrontamiento: (0-12)</i> | | | |
| Reevaluación positiva | 6,19 | 2,57 | -,29** |
| Reacción depresiva | 4,81 | 2,01 | ,07 |
| Negación | 2,83 | 2,08 | ,17* |
| Planificación | 6,07 | 2,40 | -,10 |
| Conformismo/Aceptación | 6,20 | 2,12 | -,23** |
| Desconexión cognitiva | 4,84 | 2,35 | ,15* |
| Desarrollo personal | 7,56 | 2,53 | -,20** |
| Control emocional | 5,15 | 2,50 | ,08 |
| Distanciamiento emocional | 4,52 | 1,83 | ,18* |
| Supresión de actividades distractoras | 4,18 | 1,92 | -,05 |
| Refrenar el afrontamiento | 5,37 | 2,20 | ,01 |
| Evitar el afrontamiento | 3,96 | 2,02 | -,03 |
| Resolver el problema | 6,15 | 2,37 | -,18* |
| Apoyo social al problema | 3,14 | 2,10 | ,16* |
| Desconexión comportamental | 3,30 | 1,85 | ,05 |
| Expresión emocional | 5,76 | 2,38 | ,08 |
| Apoyo social emocional | 5,98 | 2,81 | ,02 |
| Respuesta paliativa | 2,54 | 2,10 | ,29** |
| <i>Estilos de Afrontamiento: (0-72)</i> | | | |
| Método activo | 35,91 | 10,32 | -,18* |
| Método pasivo | 30,65 | 7,82 | -,03 |
| Método evitativo | 21,97 | 8,53 | ,20** |
| Focalización Respuesta | 27,34 | 7,71 | -,05 |
| Focalización Problema | 29,69 | 7,66 | -,05 |
| Focalización Emoción | 31,51 | 7,80 | ,11 |
| Act. Conductual (0-108) | 48,16 | 11,40 | -,05 |
| Act. Cognitiva (0-108) | 40,38 | 11,09 | ,06 |

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

En la Tabla 3 se muestran las comparaciones para las estrategias de afrontamiento según los niveles de ansiedad. La mayoría de las diferencias significativas se dieron entre las condiciones de no/mínima ansiedad y ansiedad moderada-severa.

Tabla 3

Comparaciones de medias para las 18 estrategias de afrontamiento según niveles de ansiedad.

| | AA ^A N=122 | | LA ^B N=65 | | MSA ^C N=13 | | Post Hoc | p |
|---------------------------------------|--------------------------|------|-------------------------|------|--------------------------|------|-------------|--------|
| | M | DT | M | DT | M | DT | | |
| Reevaluación positiva | 6,61 | 2,56 | 5,82 | 2,40 | 4,15 | 2,54 | A-C | ,001** |
| Reacción depresiva | 4,62 | 1,95 | 5,06 | 2,01 | 5,23 | 2,56 | NS | ,269 |
| Negación | 2,55 | 2,00 | 3,37 | 2,18 | 2,77 | 2,01 | A-B | ,036* |
| Planificación | 6,18 | 2,53 | 5,86 | 2,26 | 6,08 | 1,94 | NS | ,691 |
| Conformismo | 6,34 | 2,13 | 6,09 | 2,19 | 5,38 | 1,33 | NS | ,264 |
| Desconexión cognitiva | 4,34 | 2,28 | 5,80 | 2,28 | 4,69 | 1,97 | A-B | ,000** |
| Desarrollo personal | 7,80 | 2,54 | 7,25 | 2,56 | 7,00 | 2,12 | NS | ,260 |
| Control emocional | 4,98 | 2,64 | 5,22 | 2,19 | 6,31 | 2,32 | NS | ,185 |
| Distanciamiento | 4,31 | 1,76 | 4,71 | 1,90 | 5,54 | 1,76 | NS | ,042* |
| Supresión de actividades distractoras | 4,09 | 1,94 | 4,26 | 1,96 | 4,54 | 1,61 | NS | ,661 |
| Refrenar el afrontamiento | 5,22 | 2,08 | 5,66 | 2,28 | 5,38 | 2,84 | NS | ,430 |
| Evitar el afrontamiento | 3,98 | 1,94 | 3,97 | 2,19 | 3,77 | 2,05 | NS | ,940 |
| Resolver el problema | 6,36 | 2,37 | 5,91 | 2,33 | 5,38 | 2,40 | NS | ,003 |
| Apoyo social al problema | 2,84 | 2,14 | 3,68 | 1,93 | 3,31 | 2,10 | A-B/B-C | ,033* |
| Desconexión comportamental | 3,16 | 1,82 | 3,63 | 1,93 | 2,92 | 1,55 | NS | ,185 |
| Expresión emocional | 5,56 | 2,53 | 6,03 | 2,10 | 6,31 | 2,29 | NS | ,301 |
| Apoyo social emocional | 5,84 | 2,89 | 6,38 | 2,69 | 5,31 | 2,66 | NS | ,307 |
| Respuesta Paliativa | 2,14 | 1,99 | 3,09 | 2,19 | 3,46 | 1,90 | A-B | ,003** |

A=AA: Ausencia de ansiedad; B=LA: Ansiedad leve; C=MSA: Ansiedad moderada/severa ** $p < ,01$, * $p < ,05$; A, B, C: Letras diferentes para denotar las diferencias entre niveles de ansiedad; NS: diferencias no significativas ($p > ,05$).

Finalmente, realizamos un análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para determinar si las 18 estrategias de afrontamiento y el riesgo de Covid-19 eran predictores significativos de los niveles de ansiedad (ver Tabla 4). En este análisis no incluimos los estilos de afrontamiento ya que estos están compuestos por las estrategias y queríamos saber de forma más específica el impacto de cada una de las estrategias. Los únicos predictores significativos de la ansiedad general fueron, de forma inversa, la reevaluación positiva y el conformismo/aceptación y, de forma directa, la expresión emocional y el distanciamiento emocional.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue examinar las manifestaciones actuales de ansiedad y las estrategias de afrontamiento puestas en práctica para manejar la ansiedad durante una etapa activa de la pandemia COVID-19 en España. Encontramos que los niveles de ansiedad promedio eran de 42/80, al borde de un problema de ansiedad leve.

Tabla 4

Predictores significativos de la ansiedad considerando las estrategias de afrontamiento.

| | Predictores | R ² _{cor} | β _{estandar} | t | p |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------|--------|
| Ansiedad (F=11.605, p=,000**) | Reevaluación positiva | ,82 | -,33 | -4,426 | ,000** |
| | Expresión emocional | ,152 | ,23 | 3,279 | ,001** |
| | Distanciamiento emocional | ,169 | ,21 | 3,221 | ,001** |
| | Conformismo/ Aceptación | ,182 | -0,18 | -2,412 | ,017* |

** $p < ,01$, * $p < ,05$

Esto podría deberse al hecho de que el estilo de afrontamiento más utilizado para manejar la situación fue el método activo y las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las más funcionales (desarrollo personal, reevaluación positiva, planificación, resolución de problemas, aceptación) en lugar de las disfuncionales. Por lo tanto, todos estos recursos de afrontamiento podrían estar ayudando a las personas a manejar con éxito su estado emocional. Sin embargo, más de un tercio de los

participantes presentaban sintomatología ansiosa de intensidad notable (32,5% ansiedad leve; 6,5% ansiedad moderada/grave). Nuestros resultados están en línea con investigaciones previas en las que la ansiedad se considera una consecuencia importante de vivir bajo la COVID-19 (Cenat et al., 2021; Chandu et al., 2020; Clemente-Suarez, 2020; Ranaei, 2020; Salari et al., 2020; Wu et al., 2021; Zurcher et al., 2020). Además, todos estos hallazgos apuntan la importancia de proporcionar a la comunidad las habilidades de afrontamiento necesarias para manejar la angustia emocional. Así, los organismos nacionales y supranacionales que se ocupan de la salud de las personas tienen la responsabilidad de desarrollar intervenciones generalizadas enfocadas a incrementar los recursos de los individuos y las comunidades para mantener la salud mental de los ciudadanos de todo el mundo.

Como hemos destacado, en promedio, las estrategias y estilos de afrontamiento más utilizados son principalmente funcionales. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas para estas habilidades siguen siendo moderadas y algunas otras estrategias funcionales que también podrían ser útiles para el manejo de los síntomas de ansiedad apenas se han utilizado. Las estrategias empleadas son similares a las encontradas en investigaciones anteriores donde destacan la importancia del afrontamiento conductual y emocional como más beneficiosos (Bonanno et al., 2010; Chew et al., 2020; Fredrickson et al., 2003; Kunzler et al., 2021).

Otro objetivo fue explorar la relación entre la ansiedad y las estrategias y los estilos de afrontamiento, así como el impacto del afrontamiento sobre las manifestaciones de ansiedad. En primer lugar, varias estrategias y estilos de afrontamiento correlacionaron con los síntomas de ansiedad en la dirección esperada (estrategias más funcionales-asociación inversa; estrategias desadaptativas-asociación directa), por lo que estos resultados son similares a los encontrados en la literatura revisada (Almeda et al., 2021; Chew et al., 2020; Kunzler et al., 2021). También confirmamos el impacto de las estrategias de afrontamiento en las experiencias de ansiedad. Así, el conformismo (entendido como aceptación de la situación) y la reevaluación positiva predicen de manera inversa la ansiedad, mientras que el apoyo emocional y el distanciamiento emocional la predicen de manera directa. Estos resultados están en la línea de aquellas investigaciones que encuentran un impacto directo de las estrategias de afrontamiento funcionales e inverso de las disfuncionales sobre la ansiedad (Almeda et al., 2021; Bonanno et al., 2010; Chew et al., 2020; Fredrickson et al., 2003; Kunzler et al., 2021). Sin embargo, el apoyo emocional es una estrategia de tipo funcional; creemos que el efecto directo encontrado, contrario a lo esperado, puede deberse

a que las personas de apoyo o la forma de apoyo no sea los que necesita realmente la persona para aliviar la ansiedad en este proceso, o a que las personas con más ansiedad usan este tipo de estrategia para el manejo de su sintomatología.

La investigación futura debe explorar estas hipótesis explicativas. Además, podemos observar que las diferencias encontradas entre los distintos niveles de ansiedad con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas se dan entre ausencia de ansiedad y tener ansiedad, ya sea ligera o moderada/severa. A medida que la ansiedad aumenta, las estrategias de afrontamiento funcionales se ven mermadas y las disfuncionales aumentan. Estos resultados siguen la línea de distintos estudios donde se encontró que las estrategias más funcionales son utilizadas por los participantes con menos ansiedad y las más disfuncionales por los participantes más ansiosos (Bonanno et al., 2010; Fredrickson et al., 2003; Kunzler et al., 2021).

Nuestro último objetivo explora cómo el riesgo de Covid-19 afecta a la ansiedad de los participantes. Como hipotetizamos, las personas con síntomas y/o diagnóstico positivo manifestaron mayor ansiedad, y el riesgo de covid-19, también, correlacionó con esta. Numerosas investigaciones obtienen la misma relación entre ansiedad y Covid-19, apoyando que las personas con síntomas o que han sido diagnosticadas tienen mayor riesgo de tener sintomatología ansiosa (Cenat et al., 2021; Chandu et al., 2020; Clemente-Suarez, 2020; Ranaei, 2020; Salari et al., 2020; Wu et al., 2021; Zurcher et al., 2020).

Nuestros resultados destacan la conveniencia de abordar a nivel comunitario la implementación de intervenciones destinadas a optimizar las estrategias de afrontamiento funcionales para promover una buena salud mental y aliviar la angustia o preocupación mental. Nuestros resultados también tienen importantes aplicaciones prácticas para los desarrolladores de programas basadas en la importancia de implementar estrategias de afrontamiento adecuadas, incluida la conducta activa, para minimizar los posibles efectos psicológicos nocivos (por ejemplo, ansiedad, estrés, depresión) producidos por la pandemia, sus efectos y sus consecuencias. Por ello, destacamos la necesidad de implementar intervenciones dirigidas a enfatizar la adquisición de estrategias de afrontamiento funcional y el entrenamiento de diferentes estilos de afrontamiento, particularmente en personas en riesgo o que presentan síntomas emocionales, para promover la salud mental y prevenir posibles dificultades psicosociales durante la época de una pandemia.

CONCLUSIONES

Con una prevalencia de síntomas de ansiedad de intensidad leve a severa observada en más de un tercio de los participantes, las estrategias de afrontamiento funcional y los estilos de manejo activo se revelan como los más útiles para lidiar con la carga emocional de la pandemia y sus consecuencias sociales y personales. Nuestros resultados destacan el impacto positivo del uso de estilos funcionales de afrontamiento para el manejo de estados negativos como la ansiedad durante la pandemia. También subrayan la importancia de desarrollar intervenciones dirigidas a reducir la angustia emocional y optimizar el bienestar físico y mental de la población mediante la promoción de variados recursos de afrontamiento activos y funcionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeda, N., García-Alonso, C., y Salvador-Carulla, L. (2021). Mental health planning at a very early stage of the COVID-19 crisis: a systematic review of online international strategies and recommendations. *BMC Psychiatry* 21, 43 doi: 10.1186/s12888-020-03015-y
- Bonanno, G. A., Westphal, M., y Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526
- Cavicchioli, M., Ferrucci, R., Guidetti, M., Canevini, M. P., Pravettoni, G., y Galli, F. (2021). What will be the impact of the covid-19 quarantine on psychological distress? considerations based on a systematic review of pandemic outbreaks. *Healthcare*, 9(1), 101. doi: 10.3390/healthcare9010101
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., y Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113599
- Centro de Coordinación de Emergencias y Alerta Sanitaria. (2021, Abril). Actualizaciones continuas sobre COVID-19. <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>.
- Chandu, V. C., Marella, Y., Panga, G. S., Pachava, S., y Vadapalli, V. (2020). Measuring the impact of COVID-19 on mental health: a scoping review of the existing scales. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), 421-427. doi: 10.1177/0253717620946439
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., y Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, 61(7), 350-356. doi:10.11622/smedj.2020046
- Clemente-Suárez, V. J., Dalamitros, A. A., Beltran-Velasco, A. I., Mielgo-Ayuso, J., y Tornero-Aguilera, J. F. (2020). Social and psychophysiological consequences of the COVID-19 pandemic: An extensive literature review. *Frontiers in Psychology*, 11, 580225. doi: 10.3389/fpsyg.2020.580225
- Dunstan, D.A., y Scott, N. (2020). Norms for Zung's Self-rating Anxiety Scale. *BMC Psychiatry*, 20, 90 doi:10.1186/s12888-019-2427-6
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. doi: 10.1037//0022-3514.84.2.365
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences of the Coronavirus 2020 Pandemic (COVID-19) in Spain. A longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1256. doi:10.3389/fpsyg.2020.565474
- Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., Bosse, N. I., Jarvis, C. I., Russell, T. W., Munday, J. D., Kucharski, A. J., Edmunds, W. J., Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group, Funk, S., y Eggo, R. M. (2020). Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet. Global Health*, 8(4), e488-e496. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30074-7
- Kontoangelos, K., Economou, M., y Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry investigation*, 17(6), 491-505. doi: 10.30773/pi.2020.0161
- Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Stoll, M., Mancini, A. L., Lehmann, S., Blessin, M., Gilan, D., Helmreich, I., Hufert, F., y Lieb, K. (2021). Mental health and psychosocial support strategies in highly contagious emerging disease outbreaks of substantial public concern: a systematic scoping review. *PloS one*, 16(2), e0244748. doi: 10.1371/journal.pone.0244748
- López-Bueno, R., Calatayud, J., Casaña, J., Casajús, J. A., Smith, L., Tully, M. A., Andersen, L. L., y López-Sánchez, G. F. (2020). COVID-19 Confinement and health risk behaviors in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1426. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01426
- Lusilla, M.P., Sánchez, A., Sanz, C., y López, J. (1990). Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung. *Anales de Psiquiatría*, 6(1), 39.
- Martín, M. J., Jiménez, M. P., y Fernández Abascal, E. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), 1.

Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M., y Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Frontiers in psychology, 11*, 1491. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01491

Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M., Martos-Martínez, Á., Gázquez-Linares, J. J. (2020) Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. *PLoS ONE 15*(6): e0235305. doi: 10.1371/journal.pone.0235305

Ranaei, V., Pilevar, Z., y Aghamolaei, T. (2020). Behavioral reactions and psychological responses to 2019-ncov: a narrative review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 14*(3), e104727. doi: 10.5812/ijpbs.104727

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health, 16*(1), 57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w

Sallis, J. F., Adlakha, D., Oyeyemi, A., y Salvo, D. (2020). An international physical activity and public health re-search agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *Journal of Sport and Health Science, 9*(4), 328-334. doi: 10.1016/j.jshs.2020.05.005

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., y Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 74*(4), 281-282. doi: 10.1111/pcn.12988

World Health Organization. *Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)*. (2020, Marzo). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., y Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 281*, 91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117

Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., y Ng, C.H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry, 7*(3), 228-229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8

Zurcher, S.J. (2020). Prevalence of mental health problems during vi rus epidemics in the general public, health care workers and survivors: a rapid review of the evidence. *Frontiers in Public Health, 8*, 560389. doi: 10.3389/fpubh.2020.560389.

AUTORIDAD PARENTAL Y RENCOR EN MENORES CON DELITO DE MALTRATO FAMILIAR

Rafael Valdivia-Vasco, María J. Navas-Martínez y M. Carmen Cano-Lozano

Departamento de Psicología, Universidad de Jaén

Resumen: El objetivo de este estudio fue analizar el papel de la autoridad parental y el rencor en adolescentes con delito de maltrato familiar, examinando las diferencias respecto a adolescentes con otros delitos y adolescentes sin delitos. Los participantes fueron 300 adolescentes (69% chicos) de la provincia de Jaén y Córdoba (España) con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años ($M_{edad} = 15,92$; $DT = 1,38$), divididos en tres grupos: adolescentes con delito de maltrato familiar, con otros delitos y sin delitos. A tal efecto se aplicó el Cuestionario CaMir-R, para la evaluación de los estilos de apego. Los resultados indicaron niveles más elevados de rencor hacia los progenitores en ambos grupos de infractores con respecto al grupo de adolescentes sin delitos. Estos resultados, animan a seguir estudiando variables como el rencor y su relación con la violencia filio-parental.

Palabras clave: violencia filio-parental, rencor, autoridad parental, menores infractores, apego.

PARENTAL AUTHORITY AND RESENTMENT IN CHILD TO PARENT OFFENDERS

Abstract: The objective of this study was to analyze the role of parental authority and resentment in adolescents with crime of family abuse, examining the differences with respect to adolescents with other crimes and adolescents without crimes. The participants were 300 adolescents (69% boys) from the province of Jaén and Córdoba (Spain) aged between 14 and 20 years ($M_{age} = 15.92$; $SD = 1.38$), divided into three groups: adolescents with crime of family abuse, with other crimes and without crimes. To this end, the CaMir-R, Questionnaire was applied to assess attachment styles. The results indicated higher levels of resentment towards parents in both groups of young offenders compared to the group of adolescents without crime. These results encourage us to continue studying variables such as resentment and its relationship with child-to-parent violence.

Keywords: child-to-parent violence, resentment, parental authority, young offenders, attachment.

INTRODUCCIÓN

La VFP (Violencia filio-parental) es, sin duda, uno de los tres tipos de violencia intrafamiliar que más atención científica ha despertado en los últimos años, incrementándose de forma significativa el número de investigaciones en el contexto nacional e internacional (Calvete et al., 2015).

Este trabajo forma parte del Proyecto "Violencia filio-parental: un problema social emergente. Estudio de prevalencia y factores psicosociales implicados", financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España y la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (MINECO / FEDER). Referencia: PSI2015-65950-R.

A pesar de esto, la VFP, continúa siendo el tipo de violencia perpetrado en el contexto familiar menos estudiado si se compara con el resto (Beckman et al., 2017).

Este creciente interés científico, se debe al menos en parte, al incremento significativo representado por las cifras aportadas cada año por la Fiscalía General del Estado, la cual registra incrementos sucesivos en cuanto al número de denuncias, incoando un total de 5.055 procedimientos en el año 2019, frente a los 4.833 de 2018 y a los 4.655 de 2017 (Fiscalía General del Estado, 2020).

En cuanto a la conceptualización de este tipo de violencia, una de las definiciones más aceptadas internacionalmente es la de Cottrell (2001) que se refiere a cualquier acto del hijo

que tiene la intención de causar daño físico, psicológico o económico con objeto de obtener poder y control sobre el progenitor. Por su parte, Molla y Aroca (2018), de manera más reciente, la definen como aquel comportamiento a través del cual el menor exhibe conductas de maltrato contra sus progenitores (o quienes ejerzan su función), consciente e intencionalmente, a lo largo del tiempo y de forma reiterada, causándoles sufrimiento y/o daño independientemente de que su víctima sea consciente de ello, utilizando la violencia psico-emocional, física y/o económica con el fin de obtener el control, el dominio y el poder sobre su víctima para conseguir lo que desea, en detrimento de la autoridad, autoestima y cometido educativo de su progenitor/es.

Debido a la naturaleza oculta y solapada que rodea a menudo este fenómeno, resulta complejo ofrecer datos exactos acerca de su prevalencia. Se estima que a nivel mundial los datos oscilan entre el 5% y el 21% para la violencia física, sin embargo, cuando se habla de violencia psicológica o emocional, la tasa se eleva hasta el 33% y el 93%, dependiendo del enfoque conceptual (Simmons et al., 2018). En España, el porcentaje se sitúa entre un 7 y un 21% para la agresión física (Calvete et al., 2014; Ibabe y Bentler, 2016; Ibabe et al., 2013), ascendiendo a un 88%, cuando la violencia es psicológica (Ibabe y Bentler, 2016).

Por otro lado, y a partir de los estudios realizados, se ha considerado que el género predominante en este tipo de violencia es el masculino (Aroca, et al., 2014). Sin embargo, la forma de expresión de la violencia dirigida hacia los padres suele ser distinta, siendo los chicos los que con mayor frecuencia ejercen violencia física contra sus padres, mientras que las chicas ejercen con mayor frecuencia la violencia psicológica contra sus ascendientes (Ibabe y Jaureguizar, 2011).

En el estudio de este tipo de violencia, se ha centrado en variables relacionadas con la propia dinámica familiar, como la exposición a la violencia, la comunicación o el estilo educativo parental. En relación con esta última, Cottrell y Monk (2004) indicaron que la VFP estaba relacionada con un estilo educativo parental permisivo y que, en última instancia, este estilo de crianza basado en el escaso control y en leves estrategias de disciplina, se asociaba a un intercambio de roles de poder, de tal modo que la recompensa para el adolescente por sus comportamientos violentos y agresivos, superaba con creces a las consecuencias impuestas por sus progenitores, suponiendo un menoscabo significativo de la autoridad (Calvete et al., 2015, Contreras y Cano-Lozano, 2014).

Por otro lado, y en relación a esta variable, existe aún una gran controversia en lo que respecta a la relación entre los estilos parentales y la VFP, ya que algunos estudios han encontrado, por su parte, relación entre el estilo autoritario y la violencia ascendente (Ibabe et al., 2013; Suárez-Relinque

et al., 2019), mientras que, por otro lado, otros estudios encuentran relación entre los estilos negligente y permisivo y la VFP (Gámez-Guadix et al., 2012; Ibabe et al., 2013)

En relación con el estilo educativo y la autoridad parental, Balluerka et al. (2011), en su validación de la versión reducida del cuestionario CaMir-R, para la evaluación de los estilos de apego, incluyen dentro de los factores relacionados con la estructura familiar, la dimensión valor de la autoridad de los padres. Dicha dimensión, se refiere a la evaluación que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad, roles y jerarquía, de tal modo que cuando esta valoración es positiva, se convierte en una característica de las personas con un estilo de apego seguro, entendido como aquella vinculación afectiva hacia el principal cuidador, que promueve la aparición de conductas prosociales (Nowakowsky-Sims y Rowe, 2017). Por otro lado, el rechazo de la autoridad parental es característica del estilo de apego evitativo, caracterizado por una desconexión del sistema de apego a partir de progenitores no accesibles a las demandas del menor, mientras que la aceptación de la misma autoridad pero con rencor, es propia del estilo de apego preocupado (Lacasa y Muela, 2016).

Otra variable estudiada en relación con el estilo parental y la VFP, ha sido el afecto parental, propio de estilos educativos como el democrático. En este sentido, Beckman et al. (2017) encuentran que el afecto resulta un claro factor de protección contra la aparición de conductas violentas en el contexto familiar, mientras que la ausencia de esta variable en el contexto familiar, resulta fundamental en el desarrollo de conductas violentas (Calvete et al., 2015; Gámez-Guadix et al., 2012). Por otro lado, Cano-Lozano et al. (2020) establecen que la ausencia de afecto parental conlleva importantes desajustes a nivel cognitivo y emocional en el desarrollo del niño y del adolescente. En relación con esta última variable, el afecto parental, resulta significativo que no existan aún investigaciones que relacionen, no el afecto o su ausencia, sino el rencor del adolescente hacia sus progenitores como elemento catalizador de la conducta violenta y agresiva. En este sentido, Balluerka et al. (2011) en su validación al castellano del CaMir-R en su versión reducida, introducen la variable autosuficiencia y rencor contra los padres, describiendo el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos.

Con relación al rencor, Del Moral et al. (2015) plantean como teoría explicativa procesos relacionados con la acumulación de tensión familiar, en la que se establece la existencia de determinados factores previos que contribuyen a aumentar el malestar que, en ocasiones, se manifiesta de forma desproporcionada ante un conflicto determinado, como el consumo abusivo de sustancias, por ejemplo. Por otro lado, y en relación con la erosión paulatina de la

autoridad parental, la teoría del ciclo de la violencia (Aroca et al., 2014), establece que progenitores y adolescente, se ven atrapados en un espiral de violencia, cuando cada una de las partes intenta imponer su autoridad sobre el otro, mientras pugnan por el poder y el control en la familia, encontrando como respuesta una escalada de oposición y de violencia y que en última instancia busca por parte del adolescente, el menoscabo de la autoridad parental.

Por todo lo anterior, el objetivo de este estudio, ha sido analizar las diferencias en las variables autoridad parental percibida y rencor hacia los padres entre tres grupos de adolescentes: infractores con delito de maltrato familiar (o VFP), infractores con otros delitos y no infractores o grupo control. Por otro lado, se pretende analizar las diferencias por género en los tres grupos y su relación con el rencor y la autoridad parental, ante la escasez de estudios científicos en este aspecto.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por un total de 300 adolescentes (69% chicos) de la provincia de Jaén y Córdoba (España) con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años ($M_{\text{edad}} = 15,92$; $DT = 1,38$). Los participantes fueron divididos en tres grupos: adolescentes con delito de maltrato familiar (25%), adolescentes con otros delitos, (aquellos adolescentes con sentencia firme por la comisión de delitos comunes, excepto aquellos relacionados con la VFP, de naturaleza sexual u homicidio), (38%) y adolescentes sin delitos (37%), o grupo control, formado por adolescentes no infractores de población comunitaria que no ejercieron ninguna conducta de VFP hacia sus progenitores.

Los menores infractores fueron seleccionados del Servicio de Justicia Juvenil de Jaén, previa autorización oficial de la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación de la Consejería de Justicia y Gobernación de la Junta de Andalucía. Además, se obtuvo el consentimiento informado firmado de los padres. No se ofreció ningún incentivo por la participación en el estudio. Ambos grupos de menores infractores, cumplían medidas judiciales en el Juzgado de Menores de Jaén, y fueron seleccionados en función de la medida judicial impuesta por dicho Juzgado.

Los menores no infractores fueron seleccionados de varios centros de enseñanza secundaria de la ciudad de Jaén y Córdoba, previa autorización de la Dirección del centro escolar. Fueron seleccionados si no tenían antecedentes judiciales. También se obtuvo el consentimiento informado firmado de los padres. No se ofreció ningún incentivo por la participación en el estudio. Las evaluaciones se realizaron de forma individual y tuvieron lugar en los respectivos

centros de reforma o entidades en los estaban cumpliendo la medida judicial y en el caso de los menores no infractores, las evaluaciones se realizaron en el centro educativo.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Cuestionario de Representaciones de Apego, versión reducida (CaMir-R, Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisler, Milijkovith y Halfon, 1996. Validación española por Balluerka et al., 2011). Se compone de 32 ítems que evalúan las experiencias de apego parental pasadas y presentes determinando el estilo de apego que presenta el adolescente: seguro, preocupado, evitativo y desorganizado o traumatizado a través de una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = muy en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = muy de acuerdo). La consistencia interna en este estudio fue $\alpha = ,60$.

Por otro lado, la estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil) y las dos restantes referidas a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental).

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Ética de la Universidad de Jaén (Referencia: CEIH 270215-1) para realizar esta investigación. Con posterioridad, para acceder a la muestra de adolescentes infractores se obtuvo la autorización de la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación de la Consejería de Justicia y Gobernación de la Junta de Andalucía, y para acceder a la muestra de adolescentes no infractores se obtuvieron las autorizaciones de la Dirección General de Ordenación Educativa de la Junta de Andalucía y de los respectivos equipos directivos de los centros educativos.

Posteriormente, se obtuvieron los consentimientos informados tanto de los progenitores de menores de edad como de los propios adolescentes. La participación consistió en cumplimentar una batería de cuestionarios de carácter voluntario, anónimo y confidencial. La evaluación de los adolescentes infractores se realizó preferentemente de forma individual tanto en los centros o servicios en los que los menores cumplían la medida judicial como en los propios domicilios particulares. La cumplimentación del protocolo de evaluación en el caso de los adolescentes no infractores se llevó a cabo en las aulas de los centros educativos. El protocolo de evaluación fue administrado en todos los casos por investigadores entrenados en su aplicación.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos fue realizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 25.0. Se realizó un análisis ANOVA de un factor para examinar las diferencias en los entre los tres grupos en relación con la autoridad parental, por un lado, y por otro, el rencor hacia sus ascendientes. Posteriormente, se llevaron a cabo comparaciones múltiples post hoc con la prueba Bonferroni. De igual modo, se incluyó la variable género en los análisis con objeto de examinar la posible influencia de esta variable en los resultados.

RESULTADOS

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de adolescentes en el factor autosuficiencia y rencor hacia los padres ($F(2) = 17,44; p < ,01$). Concretamente, el grupo de maltrato familiar obtiene puntuaciones significativamente más altas en rencor hacia los padres ($M = 13,51; DT = 2,68$), que el grupo de otros delitos, ($M = 12,59; DT = 3,54$) y que el grupo de adolescentes sin delitos ($M = 10,82; DT = 2,94$).

Con respecto al factor autoridad parental, los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de adolescentes, ($F(2) = 2,85; p < ,01$) (ver Tabla 1).

Tabla 1

Diferencias inter-grupales de puntuaciones medias en autoridad y rencor

| | MF | | OD | | ND | | F | p |
|--------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------------------------|------|
| | M | DT | M | DT | M | DT | | |
| Autoridad parental | 12,76 | 1,98 | 13,42 | 1,99 | 12,97 | 1,85 | 2,85 | ,059 |
| Rencor | 13,51 | 2,68 | 12,59 | 3,54 | 10,82 | 2,94 | 17,44 _{bc, ac} | ,000 |

Nota; MF: grupo Maltrato Familiar; OD: grupo Otros Delitos; ND: grupo No Delitos; ab Diferencias significativas entre el grupo con delito de maltrato familiar y el grupo con otros delitos; ac Diferencias significativas entre el grupo con delito de maltrato familiar y el grupo sin delitos; bc Diferencias significativas entre el grupo con otros delitos y el grupo sin delitos.

Por otro lado, el ANOVA realizado no muestra un efecto de interacción significativo entre el factor grupo y el factor género, en cuanto al rencor parental, $F(2) = 0,86 p > 0,05$, ns. En relación con la autoridad parental, tampoco se encuentran diferencias significativas en la interacción al sexo y al factor grupo $F(2) = 0,87; p > ,05$, ns. (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Estilos de apego: Efectos inter-sujetos según grupo y género

| | MF M (DT) | | OD M (DT) | | ND M (DT) | | F | η^2 |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----|----------|
| | Chicos | Chicas | Chicos | Chicas | Chicos | Chicas | | |
| Autoridad parental | 12,66 (2,09) | 13,05 (1,63) | 13,42 (2,04) | 13,46 (1,90) | 12,87 (1,83) | 13,10 (1,88) | ,13 | ,872 |
| Rencor | 13,33 (2,84) | 14,05 (2,13) | 12,44 (3,56) | 13,07 (3,49) | 10,72 (2,81) | 10,95 (3,12) | ,17 | ,838 |

Nota. MF: grupo Maltrato Familiar; OD: grupo Otros Delitos; ND: grupo No Delitos.

DISCUSIÓN

Este estudio se ha llevado a cabo con el fin de examinar el papel de dos variables relacionadas con la dinámica familiar, por un lado, la autoridad parental percibida por los menores y, por otro lado, el rencor del adolescente hacia los progenitores, analizando las diferencias entre los adolescentes con delito de maltrato familiar, adolescentes con otros delitos y adolescentes que no habían cometido delito alguno. Se esperaba que las puntuaciones de rencor fueran mayores para los adolescentes del grupo de maltrato familiar y que las puntuaciones de reconocimiento de la autoridad parental fueran inferiores.

Los resultados obtenidos muestran que ambos grupos de adolescentes infractores obtienen puntuaciones significativamente más altas en la variable rencor que el grupo de adolescentes sin delitos, lo cual sugiere la necesidad de determinar las causas de este factor en futuras investigaciones ante la falta de estudios relacionados por el momento en esta variable, y su relación con la conducta violenta y la inhibición de la conducta prosocial. En este sentido, Cano et al. (2020) encuentran relación entre la violencia filioparental y variables de tipo emocional como el enfado en adolescentes maltratadores.

En relación con la autoridad parental, no se han encontrado diferencias entre los tres grupos, si bien los adolescentes infractores con delito de maltrato familiar muestran puntuaciones ligeramente inferiores que el resto. Estos resultados parecen ir en la línea de estudios anteriores, que sugieren que el adolescente maltratador ignora de forma sistemática la autoridad parental como vía de propiciar un desequilibrio de poder en el contexto familiar y así satisfacer sus demandas (Aroca et al., 2012; Coogan, 2011).

Con respecto a la interacción entre género y grupo, tampoco se encuentran diferencias significativas en ambas variables. Este hecho, y la falta de estudios previos en esta variable, sugiere que el rencor hacia los progenitores se presenta en ambos géneros de maltratadores.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, destacar el reducido tamaño de la muestra, en los tres grupos, pero especialmente, en el grupo de adolescentes maltratadores.

Este estudio, y a partir de los resultados obtenidos, confirma la necesidad de seguir profundizando en aquellos motivos que puedan estar relacionados con el rencor por parte del adolescente en la comisión de delitos, como elemento relacionado con la aparición de la conducta violenta, y que, en última instancia, permita implementar protocolos y procedimientos terapéuticos desde esta perspectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aroca Montolío, C., Bellver Moreno, M. C., y Alba Robles, J. L. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. *Revista Complutense de Educación*, 23(2), 487-511. https://doi.org/10.5209/rev_rced.2012.v23.n2.40039
- Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M., y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de psicología*, 30(1), 157-170. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21774904/>
- Beckman, L., Bergmann, M. C., Fischer, F. y Möble, T. (2017). Risk and protective factors of child-to-parent violence: a comparison between physical and verbal aggression. *Journal of Interpersonal Violence* 36,(3-4). 1309-1334 <https://doi.org/10.1177/0886260517746129>
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(3), 1176-1182. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.166291>
- Calvete, E., Orue, I., Gamez-Guadix, M. y Bushman, B. J. (2015). Predictors of child-to-parent aggression: A 3-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 51(5), 663-676. <https://doi.org/10.1037/a0039092>
- Cano-Lozano, M. C., Rodríguez-Díaz, F. J., León, S. P. y Contreras, L. (2020). Analyzing the relationship between child-to-parent violence and perceived parental warmth. *Frontiers in Psychology*, 11, 590097. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590097>
- Contreras, L. y Cano-Lozano, M. C. (2014). Family profile of young offenders who abuse their parents: a comparison with general offenders and non-offender adolescents. *Journal of Family Violence*, 29(8), 901-910. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9637-y>
- Coogan, D. (2011). Child-to-parent violence: Challenging perspectives on family violence. *Child Care in Practice*, 17, 347-358. <https://doi:10.1080/13575279.2011.596815>
- Cottrell, B. (2001). *Parent Abuse: The Abuse of Parent by Their Teenage Children*. Family Violence Prevention Unit.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*. 25(8), 1072-1095. <https://doi.org/10.1177/0192513X03261330>
- Del Moral Arroyo, G., Martínez Ferrer, B., Suárez Relinque, C., Ávila Guerrero, M. E., y Vera Jiménez, J. A. (2015). Teorías sobre el inicio de la violencia filio-parental desde la perspectiva parental: un estudio exploratorio. *Pensamiento Psicológico*, 13(2), 95-107. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi13-2.tif>
- Fiscalía General del Estado (2020). *Memoria anual*.
- Gámez-Guadix, M., Jaureguiza, J., Almendros, C., y Carroble, J. A. (2012). Estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en población española. *Psicología Conductual*, 20(3), 585-602. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/estilos-de-socializacion-familiar-y-violencia-de-hijos-a-padres-en-poblacion-espanola/>
- Ibabe, I., y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(2), 265-277. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Ibabe, I. Jaureguizar, J. y Bentler, P. (2013). Risk factors for child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 28(5), 523-534. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9512-2>
- Ibabe, I. (2016). Academic failure and child-to-parent violence: Family protective factors. *Frontiers in Psychology*, 7, 1538. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01538>
- Ibabe, I. y Bentler, P. (2016). The contribution of family relationships to child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 31(2), 259-269. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9764-0>
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente*, 24, 83-93.
- Molla-Esparza, C. y Aroca-Montolío, C. (2018). Menores que maltratan a sus progenitores: Definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología*, 28(1), 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.001>
- Nowakowski-Sims, E. y Rowe, A. R. (2017). The relationship between childhood adversity, attachment, and internalizing behaviors in a diversion program for child-to-mother violence. *Child Abuse and Neglect*, 72 (Diciembre 2016), 266-275. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.015>
- Simmons, M., McEwan, T., Purcell, R. y Ogloff, J. (2018). Sixty years of child-to-parent abuse research: What do we know and where do we go? *Aggression and Violent Behaviour*, 38, 31-52. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.11.001>
- Suárez-Relinque, C., del Moral Arroyo, G., León-Moreno, C. y Callejas Jerónimo, J. E. (2019). Child-to-parent violence: Which parenting style is more protective? A study with Spanish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081320>

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE PORNOGRAFÍA EN LA ADOLESCENCIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Andrea Gutiérrez García y Javier Ortuño Sierra

Universidad de La Rioja

Resumen: Durante los últimos años, asistimos a un vertiginoso aumento de la producción pornográfica, en todos los lugares donde existe conexión a Internet se consume pornografía, y los/as adolescentes de hoy en día han nacido en pleno apogeo digital. En un contexto caracterizado por la falta de educación afectivo sexual, la pornografía constituye una de sus fuentes principales de información, sin embargo, su consumo acarrea consecuencias tanto a nivel individual como en el ámbito relacional. En este trabajo se realiza una revisión de los artículos publicados en las bases de datos Web of Science y Scopus que indagan sobre esta cuestión. Los resultados ponen de manifiesto que la visualización de pornografía está relacionada, entre otras, con consecuencias negativas para su vida sexual y una mayor presencia de actitudes de género negativas.

Palabras clave: pornografía, adolescencia, implicaciones, género, educación

IMPLICATIONS OF THE CONSUMPTION OF PORNOGRAPHY IN ADOLESCENTS: A LITERATURE REVIEW

Abstract: In recent years, we have witnessed a dizzying increase in pornographic production, it is consumed in all places where there is an Internet connection, and today's adolescents have been born in full digital heyday. In a context characterized by the lack of affective sexual education, pornography constitutes one of its main sources of information, however, its consumption has consequences both at the individual level and at the relational level. In this work, a review of the articles published in the Web of Science and Scopus databases is carried out to investigate this question. The results show that the viewing of pornography is related to negative consequences for their sexual life and a greater presence of negative gender attitudes, among others.

Key words: pornography, adolescence, implications, gender, education.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, asistimos a un vertiginoso aumento de la producción pornográfica, entendida como expresión de libertad sexual. Este incremento se ha explicado por la teoría de “triple A Engine”, esto es: accesibilidad, asequibilidad y anonimato (Cooper, 1998). En todos los lugares donde existe conexión a Internet se consume pornografía, y los/as adolescentes de hoy en día han nacido en pleno apogeo digital. Tan solo con aceptar una advertencia que señala que se debe tener más de 18 años se puede acceder con facilidad a este tipo de contenido. A esto se une la situación causada por el COVID-19, donde todos/as hemos tenido que pasar mucho tiempo encerrados en casa, lo que ha originado sentimientos de soledad y ha fomentado

la búsqueda de un alivio cortoplacista que ha dado lugar a un aumento del consumo de pornografía. Tal y como recoge Mestre-Bach (2020) solo en marzo su visualización aumentó un 11% a nivel mundial. Además, actualmente, impulsada por el capitalismo, la industria pornográfica se ha diversificado, favoreciendo la creación de plataformas de Internet como Chaturbate o Cam4, entre otras, donde ya son personas anónimas las que desde su casa en diferentes partes del mundo y con pocos medios, emiten en directo y realizan las prácticas sexuales que les van solicitando los usuarios a cambio de un pago.

La adolescencia es una etapa compleja marcada por cambios físicos, desajustes en el área emocional, por la búsqueda del cambio y una construcción de una identidad propia marcada por el grupo de iguales que se convierte en

figura de referencia. En este contexto surge el descubrimiento de las primeras relaciones sexuales, que se mueven entre el escenario físico y virtual (Save The Children, 2020). Y es en este último donde se enmarcaría, entre otras cuestiones, la pornografía. En un contexto en el que la educación afectivo-sexual no está implementada en la formación de niños y niñas, a menudo supone su principal fuente de información en el ámbito sexual, por lo que las niñas aprenden que deben aproximarse al modelo que aparece en la pornografía y ellos que no hay límites en las conductas que pueden llevar a cabo para satisfacerse sexualmente (Dines, 2010).

La pornografía —término griego que significa descripción de la prostituta— transmite unos roles de género estereotipados y una concepción falsa de la sexualidad de mujeres y hombres que refuerza la desigualdad. Aunque en el imaginario colectivo no compromete al espectador porque no participa activamente en la relación sexual (Cobo, 2017), la función es la misma: las mujeres sirven “a la sexualidad de un espectador/comprador invisible que se está masturbando sobre o dentro de ese objeto” (Szil, 2004, p.5). La pornografía funciona como propaganda e instrumento normalizador de la explotación de las mujeres como objetos sexuales, transmite unos roles claros, donde el hombre es la parte activa y la mujer la pasiva, lo sexual se reduce a determinadas partes del cuerpo, y la penetración adquiere un valor central. Aunque a las mujeres se las presenta como supuestamente activas e iguales a ellos, la sexualidad mostrada está dictada por las fantasías masculinas (Despentes, 2007; Mackinnon, 1987), a menudo con prácticas sexuales violentas, de abuso físico y humillación que las mujeres reciben complacientes, sumisas y supuestamente como fuente de placer. La pornografía construye así una ficción del deseo femenino en total sintonía y correspondencia con el deseo masculino (Del Barrio-Álvarez, 2014), y esto tiene enormes consecuencias a nivel relacional.

Asimismo, el imaginario transmitido en la pornografía construye deseos y posibilidades, y supone una antesala de lo que los hombres exigen en prostitución (Torrado et al., 2017) o intentarán llevar a cabo en sus relaciones de pareja, de modo que muchas mujeres se ven presionadas a desarrollar prácticas sexuales que no les resultan placenteras, para satisfacer este deseo sexual masculino construido en la pornografía.

En definitiva, la pornografía transmite unos roles de género estereotipados y una concepción falsa de la sexualidad de mujeres y hombres que refuerza la desigualdad (Alario, 2021; Cobo, 2020). Los estudios señalan que además de las implicaciones de género señaladas, la pornografía puede generar adicción, disfunciones sexuales y otros trastornos emocionales, con las repercusiones que esto puede tener a nivel académico, personal y social (Ballester et., al, 2020).

El objetivo principal de este trabajo consiste en examinar

cuáles son las principales implicaciones y consecuencias del consumo de pornografía en la etapa adolescente, para ello se analizan los estudios publicados sobre la temática que abordan esta cuestión.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en julio de 2021 en las bases de datos Web of Science y Scopus con el objetivo de analizar los artículos científicos publicados que abordaran las implicaciones del consumo de pornografía en la adolescencia sin limitación temporal. En ambas bases de datos los criterios de inclusión fueron que tuvieran en el título la palabra pornografía, adolescencia y alguna de las siguientes: consecuencias, impacto, efecto o implicaciones. Los descriptores de búsqueda utilizados pueden consultarse en la Tabla 1, se decidió limitar la búsqueda de este modo, ya que se pretendía recoger aquellos que se especializaran en abordar las consecuencias de la pornografía. El único criterio de exclusión fue el idioma, solo se seleccionaron los artículos escritos en español o inglés.

RESULTADOS

Los artículos que cumplieron los requisitos y fueron seleccionados son 14, tal y como se recogen en la tabla 2. En ella encontramos el año, los títulos y los autores de los artículos resultantes.

DISCUSIÓN

El interés por el impacto de la pornografía en la adolescencia es reciente, como pone de manifiesto que el primer artículo que aborda esta cuestión data del año 2012; Se trata de la revisión realizada por Owens et al. (2012). Todos los estudios consultados concuerdan que son los hombres los que acceden a la pornografía de manera mayoritaria, y en mayor grado que las mujeres, de modo que es la muestra masculina la que es objeto de estudio cuando se examinan las posibles implicaciones del consumo de la misma (Bloom y Hagedorn, 2015).

Se constata que la pornografía es la principal fuente de información en materia sexual durante la adolescencia (Farre et al., 2020; Gesser-Edelsburg y Arabia, 2018; Mattebo et al., 2014; Suwarni et al., 2019), y que cuestionar sobre esta temática a los y las adolescentes no da lugar a un aumento en su consumo (Koletic et al., 2019).

Fundamentalmente, los estudios recogen implicaciones a nivel individual y relacional. A nivel personal, se ha visto que tiene impacto en el bienestar personal, asociándose con peores niveles de salud mental.

Tabla 1*Bases de datos y ecuación de búsqueda*

| Bases de datos | Descriptor y ecuación de búsqueda |
|----------------|---|
| Web of Science | TI=(consequences or impact OR effect* or implications OR" AND "pornography" AND adolescen*) |
| Scopus | TITLE =(consequences or impact OR effect* or implications OR" AND "pornography" AND adolescen*) |

Tabla 2*Artículos incluidos en la revisión*

| Nº | Año | Título | Autoría |
|----|------|--|------------------------------|
| 1 | 2020 | Pornography Use in Adolescents and Its Clinical Implications | Farré, J.M. et al. |
| 2 | 2020 | Is pornography a risk for adolescent academic achievement? findings from two longitudinal studies of male adolescents | Sevic, S. et al. |
| 3 | 2019 | Does Asking Adolescents About Pornography Make Them Use It? A Test of the Question-Behavior Effect | Koletic, G. et al. |
| 4 | 2019 | Determinants of the pornography exposure effects on Junior and Senior High School Adolescence in Sanggau District, West Kalimantan | Suwarni, L. et al. |
| 5 | 2018 | Discourse on Exposure to Pornography Content Online Between Arab Adolescents and Parents: Qualitative Study on its Impact on Sexual Education and Behavior | Gesser-Edelsburg, A et al. |
| 6 | 2018 | Is pornography use a risk for adolescent wellbeing? An examination of temporal relationships in two independent panel samples | Kohut, T.y Stulhofer, A. |
| 7 | 2017 | Effects of pornography use on adolescents' sexual debut and condom use: a longitudinal assessment | Stulhofer,A. et al. |
| 8 | 2015 | How Pornography May Distort Risk Assessment of Children and Adolescents Who Sexually Harm | Pratt,R. y Fernandes,C |
| 9 | 2014 | Male Adolescents and Contemporary Pornography: Implications for Marriage and Family Counselors | Bloom, Z.D. y Hagedorn, W.B. |
| 10 | 2014 | Professionals' Perceptions of the Effect of Pornography on Swedish Adolescents | Mattebo,M. et al. |
| 11 | 2012 | Internet pornography viewing preference as a risk factor for adolescent Internet addiction: The moderating role of classroom personality factors | Guy, R.J. et al. |
| 12 | 2012 | Internet pornography and adolescent health: early findings on effects of online pornography on adolescents show associations with risky behaviour | Guy, R.J. et al. |
| 13 | 2012 | The impact of Internet pornography on adolescents: a review of the research | Owens, E.W. et al. |
| 14 | 2010 | Examining the first, second and third-person effects of Internet pornography on Taiwanese adolescents: implications for the restriction of pornography | Lo, V.H. et al. |

Sin embargo, no está claro si la pornografía es la causa o se ha de analizar desde una perspectiva circular; y no todos los estudios obtienen resultados que permitan afirmar esta cuestión de manera rotunda (Kohut y Stulhofer, 2018). Lo que sí parece claro es que el consumo de pornografía aparece asociado con niveles más bajos de satisfacción personal y autoconcepto, mayores inseguridades frente al propio cuerpo y la apariencia, o respecto a la ejecución personal en materia sexual (Owens et al., 2012). Las chicas reportan sentirse físicamente inferiores a las mujeres que aparecen en el material pornográfico y los chicos no sentirse tan viriles o tener una peor ejecución, apareciendo en algunos casos sentimientos de corte depresivo. Asimismo, se ha encontrado que, a mayor visualización de pornografía, mayor riesgo de desarrollar una adicción a la misma, aunque se ha visto que este efecto aparece moderado por algunas variables. Un factor que aparece como moderador es el contexto del aula escolar, así mayores puntuaciones grupales en factores como extroversión o la apertura a la experiencia favorecen el despliegue de conductas de socialización, que reducirían la necesidad de buscar la satisfacción sexual en la pornografía por parte de sus miembros (Alexandraki et al., 2018). Sevic et al. (2020) estudiaron la relación entre los logros académicos y la visualización de pornografía, pero no lograron encontrar apoyo a estudios anteriores que parecían indicar una relación negativa entre ambos fenómenos.

En relación a la conducta sexual (Pratt y Fernandes, 2015; Owens et al., 2012; Stulhofer, et al., 2017), se ha asociado la visualización de pornografía con un inicio más temprano de relaciones sexuales, con un menor uso del preservativo, mayor número de parejas sexuales, más diversidad de prácticas y un uso más frecuente de alcohol y drogas en los encuentros sexuales. Todo ello, dando como resultado un mayor riesgo ante infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y un mayor uso de la pastilla del día después, lo que sin duda afecta al desarrollo psicosexual en la adolescencia. En el caso de abusadores sexuales, se constata la mayor presencia de prácticas vistas en la pornografía y una progresión más rápida hacia la penetración durante los abusos (Pratt y Fernandes, 2015).

A nivel relacional Mattebo et al. (2014) sostienen que la visualización de pornografía contribuye a perpetuar y confirmar el orden de género, e implica mayores riesgos para las mujeres, por cuanto algunos hombres tienden a llevar a cabo conductas de riesgo imitando o copiando los actos que se muestran en la pornografía; e incluso las mujeres pueden llegar a asumir y normalizar esas prácticas que las objetualizan. Gesser-Edelsburg y Arabia (2018) lo relacionan con actitudes de acoso sexual, con las violaciones, o el chantaje, ejemplificado en el envío de vídeos o imágenes de chicas desnudas.

Por todo ello, en la mayoría de los estudios analizados se pone el foco en la importancia de la educación afectivo sexual (Mattebo et al., 2014) para todos los niños y niñas, con el objetivo de que sean conscientes de lo que representa la pornografía, y lo puedan entender y analizar. Como apuntan Pratt y Fernandes (2015) muchos jóvenes perciben la pornografía como algo real, y no como una fantasía, como una actuación que implica en la totalidad de los casos una relación desigualitaria. De hecho, cuanto más expuesto se está a la pornografía más a favor se está de su uso (Lo et al., 2010), percibiéndose menores efectos a nivel individual, al menos respecto a las consecuencias que se suponen para otros consumidores. A este respecto se quiere resaltar que una posible limitación del presente estudio es el uso tan estricto de los descriptores de búsqueda, una flexibilización de los mismos, en el sentido de incorporar literatura que incluyera los términos clave en el abstract o en las keywords, quizá hubiera podido modificar las conclusiones del mismo.

CONCLUSIONES

Los niños y niñas a menudo están expuestos a la pornografía de manera incidental, y posteriormente pueden acceder de manera voluntaria con la finalidad de obtener placer sexual o aprender sobre sexo y responder a su curiosidad. Ante la ausencia de una buena educación afectivo sexual en las familias y las escuelas (Alario, 2021; Ballester et al., 2020), y siendo socialmente un tema tabú, la visualización de este tipo de material contribuye a generar confusión sobre las expectativas de los encuentros sexuales, y condiciona la forma de relacionarse sexualmente entre los jóvenes, lo que sin duda tiene repercusiones en su bienestar emocional. Asimismo, se ha visto como su consumo tiene implicaciones a nivel interpersonal, e incluso se relaciona con abusos sexuales y prácticas de riesgo Porello, y porque las estadísticas nos indican que cada vez se accede a este contenido más tempranamente, es necesario que el Estado se involucre y proteja a los menores que se ven expuestos a este tipo de material, a veces sin pretenderlo. Parece necesario establecer un control legal en este sentido, pero sin duda el foco principal se sitúa en la implementación de la educación afectivo sexual de forma transversal en el currículum escolar. Es fundamental garantizarla desde la etapa infantil para desmitificar, resolver dudas e informar con rigor sobre las curiosidades que se les puedan plantear en las distintas etapas evolutivas, y para que perciban la pornografía desde una postura crítica y reflexiva que los lleve a dejar de consumirla. Actualmente, al estar transferidas las competencias en materia de educación y salud a las comunidades autónomas, los niños y niñas reciben formación muy diferente según donde residen, lo que supone una discriminación y viola su derecho a recibir una educación que les ayude a desarrollarse plenamente como personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alario, M. (2021). *Política sexual de la pornografía. Sexo, desigualdad, violencia*. Cátedra.
- Alexandraki, K., Stavropoulos, V., Burleigh, T. L., King, D. L. y Griffiths, M. D. (2018). Internet pornography viewing preference as a risk factor for adolescent Internet addiction: The moderating role of classroom personality factors. *Journal of behavioral addictions*, 7(2), 423–432. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.34>
- Ballester, L. y Orte, C. (2019). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*. Octaedro.
- Ballester, L., Rosón, C. y Facal, T. (2020). *Pornografía y educación afectivosexual*. Octaedro.
- Bloom, Z. D. y Hagedorn, W. B. (2015). Male Adolescents and Contemporary Pornography: Implications for Marriage and Family Counselors. *Family Journal*, 23(1), 82–89. <https://doi.org/10.1177/1066480714555672>
- Cobo, R. (2020). *Pornografía. El placer del poder*. Penguin Random House.
- Cooper, A.L. (1998). Sexuality and the internet: Surfing into the new millennium. *Cyberpsychology Behaviour*, 1, 187–193.
- Farre, J. M., Montejo, A. L., Agullo, M., Granero, R., Actis, C. C., Villena, A., Maideu, E., Sanchez, M., Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S. y Mestre-Bach, G. (2020). Pornography Use in Adolescents and Its Clinical Implications. *Journal of clinical medicine*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/jcm9113625>
- Gesser-Edelsburg, A. y Arabia, M. A. E. (2018). Discourse on Exposure to Pornography Content Online Between Arab Adolescents and Parents: Qualitative Study on its Impact on Sexual Education and Behavior. *Journal of medical internet research*, 20(10). <https://doi.org/10.2196/11667>
- Gutiérrez, A. (2017). *La prostitución: construcción psicosocial de la coacción como consentimiento* (Tesis Doctoral). Universidad Pontificia de Salamanca.
- Guy, R.J., Patton, G.C. y Kaldor, J.M. (2012). Internet pornography and adolescent health. *The Medical Journal of Australia*, 196(9), 546–547. doi:10.5694/mja12.10637
- Kohut, T. y Stulhofer, A. (2018). Is pornography use a risk for adolescent wellbeing? An examination of temporal relationships in two independent panel samples. *PLOS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202048>
- Koletic, G., Cohen, N., Stulhofer, A. y Kohut, T. (2019). Does Asking Adolescents About Pornography Make Them Use It? A Test of the Question-Behavior Effect. *Journal of sex research*, 56(2), 137–141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1501549>
- Lo, V. H., Wei, R. y Wu, H. M. (2010). Examining the first, second and third-person effects of Internet pornography on Taiwanese adolescents: implications for the restriction of pornography. *Asian journal of communication*, 20(1), 90–103. <https://doi.org/10.1080/01292980903440855>

Martellozzo, E., Monaghan, A., Davidson, J. y Adler, J. (2020). Researching the Affects That Online Pornography Has on U.K. Adolescents Aged 11 to 16. *SAGE OPEN*, 10(1). <https://doi.org/10.1177/2158244019899462>

Mattebo, M., Larsson, M., Tyden, T. y Haggstrom-Nordin, E. (2014). Professionals' Perceptions of the Effect of Pornography on Swedish Adolescents. *Public Health Nursing*, 31(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/phn.12058>

Mestre-Bach, G., Blycker, G.R. y Potenza, M.N. (2020). Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 181-183. doi: 10.1556/2006.2020.00015.

Owens, E.W., Behun, R.J., Manning, J.C. y Reid, R.C. (2012). The impact of internet pornography on adolescents: a review of the research. *Sexual addiction and compulsivity*, 19(1), 99-122.

Pratt, R. y Fernandes, C. (2015). How Pornography May Distort Risk Assessment of Children and Adolescents Who Sexually Harm. *Children Australia*, 40(3), 232–241. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.28>

Rodríguez, M. (2020). *Construcción del imaginario sexual en las personas jóvenes. La pornografía como escuela*. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.

Sanjuán, C. (2020). *(Des)información sexual: pornografía y adolescencia*. Save The Children.

Sevic, S., Mehulic, J. y Stulhofer, A. (2020). Is pornography a risk for adolescent academic achievement? findings from two longitudinal studies of male adolescents. *European journal of Developmental Psychology*, 17(2), 275–292. <https://doi.org/10.1080/17405629.2019.1588104>

Stulhofer, A., Matkovic, T. y Cohen, N. (2017). Effects of pornography use on adolescents' sexual debut and condom use: a longitudinal assessment. *Journal of Sexual medicine*, 14(5 MA-PL-34), E220–E220.

Suwarni, L., Abrori y Widyanto, R. (2019). Determinants of the pornography exposure effects on Junior and Senior High School Adolescence in Sanggau District, West Kalimantan. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(3), 941–945. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.00623.5>

Torrado, E., Gutiérrez, J., Romero, Y. D. R., y González, A. M. (2021). *Sexualidad y consumo de pornografía en adolescentes y jóvenes de 16 a 29 años*. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23764/WEBFU%20INFORME.pdf?sequence=1>.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN DISTINTAS GENERACIONES ESPAÑOLAS DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Guillot-Valdés, María¹ y Valdés-Díaz, María²

¹Universidad de Granada, ²Universidad de Sevilla

Resumen: La pandemia por COVID-19 ha repercutido en todas las edades obligando a un confinamiento sin precedentes. **Objetivo:** examinar los síntomas depresivos y de ansiedad en distintas generaciones españolas durante el confinamiento. **Método:** 354 personas (34% varones) con edad media de 36,3 ($D.T = 15,71$). Cumplimentaron la *Escala de Depresión de Zung* y el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Se establecieron 4 grupos de edad: G1 (18-30), G2 (31-48), G3 (49-65), G4 (>65). Los resultados señalan que los grupos G1 y G2 presentan más síntomas depresivos, tanto de *forma global* ($F = 10,30, p < ,001$) como en los *factores psicológicos* ($F = 11,14, p < ,001$) y *afectivos* ($F = 13,75, p < ,001$). Lo mismo ocurre con la *ansiedad-estado* ($F = 7,15, p < ,001$); los menores de 30 aparecen más ansiosos. **Conclusiones.** Los jóvenes son los más vulnerables a síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19.

Palabras claves: Covid-19, confinamiento, depresión, ansiedad, adultos

DEPRESSION AND ANXIETY IN DIFFERENT SPANISH GENERATIONS DURING CONFINEMENT BY COVID-19

Abstract: The COVID-19 pandemic had an impact on all age groups, forcing unprecedented confinement. **Objective:** to examine depressive and anxiety symptoms in different Spanish generations during confinement. **Method.** 354 people of both sexes (34% male) with a mean age of 36.3 ($SD_{Age} = 15.71$). They completed the Zung Depression Scale and the State-Trait Anxiety Questionnaire. Four age groups were established: G1:18-30; G2:31-48; G3:49-65; G4:>66. The results show that the younger generations (G1 and G2) have more depressive symptoms, both globally ($F = 10.30, p < .001$) and in psychological ($F = 11.14, p < .001$) and affective ($F = 13.75, p < .001$) factors. The same is true for state-anxiety ($F = 7.15, p < .001$); those under 30 years of age appear more anxious. **Conclusions.** Young adults are the most vulnerable to depressive and anxiety symptoms during COVID-19 confinement.

Keywords: Covid-19, confinement, depression, anxiety, adults

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 es una de las peores a las que se ha tenido que enfrentar la humanidad en los últimos cien años (Wang et al., 2020). Desde que en diciembre de 2019 se detectara el primer brote en China (Nishiura et al., 2020), los casos notificados han ido aumentando rápidamente. El 3 de abril de 2020 en España había 117.166 casos confirmados, lo que la convirtió en uno de los países más afectados. El número de fallecidos computados desde el inicio el estado de alarma (14 de marzo) hasta el 4 de mayo de 2020 en España fue de 27.127 y según la OMS, a nivel global se habían notificado 5.891.182 casos y 365.966 fallecidos (Ministerio de Sanidad, 2020).

Esta crisis mundial, ha repercutido en todas las edades, aunque no a todas por igual, ha causado cambios negativos en el funcionamiento cotidiano en todos los ámbitos de la vida y ha obligado a un confinamiento de la población, creándose una situación insólita y sin precedentes. Si bien, no cabe duda de que el distanciamiento social resulta una medida protectora para reducir el contagio y evitar la saturación hospitalaria, si se alarga demasiado, estas restricciones impuestas representan en sí mismas un riesgo para las condiciones de salud según han evidenciado los trabajos teóricos de Anderson et al. (2020), Asmundson y Taylor (2020), Brooks et al. (2020) y empíricos sobre población China (Duan y Zhu, 2020) y española (Ozamiz-Etxebarria, et al. 2020).

Estudios previos llevados en cabo sobre población española (Idoiaga et al., 2017; Odriozola-González, et al. 2020) y China (Lima et al., 2019; Liu et al., 2020), han confirmado que los brotes epidémicos tienen un impacto significativo tanto en la salud mental de las personas como en el bienestar general aumentando la morbilidad psiquiátrica entre la población. Además, dichos efectos –similares a los de un estrés postraumático– pueden prolongarse durante meses o años como ponen de manifiesto estudios realizados en España por González-Sanguino et al., (2020).

La incertidumbre que genera la COVID-19, el miedo a lo desconocido, la soledad por la reducción de interacciones sociales, la falta de apoyo social, pueden desembocar en trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas de aumento de consumo de alcohol y tabaco (Shigemura et al., 2020). En este sentido, se ha evidenciado que durante la fase inicial de la epidemia por COVID-19, más de la mitad de la población general informó de un fuerte impacto psicológico y aproximadamente un tercio declaró síntomas de ansiedad y depresión de moderado a severo (Wang et al., 2020).

Los individuos de los distintos grupos de edad difieren en sus objetivos de desarrollo, experiencias vitales, en satisfacer necesidades acordes con sus años, y recursos (Fedlman, 2018) por lo que la pandemia podría afectar a su bienestar emocional de diferentes formas. Hay trabajos que han revelado que las personas más jóvenes muestran mayor gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad durante la pandemia que los de otros grupos de edad (Ahmed et al., 2020; Alkhamees et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Huang y Zhao, 2020; Nwachukwu et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Traunmüller et al., 2020). En un trabajo entre estudiantes suizos (Elmer et al., 2020), durante esta pandemia los niveles de síntomas depresivos y de ansiedad estaban asociados a mayor preocupación por la familia, los amigos, las carreras futuras, el aislamiento en las redes sociales, la falta de interacciones y el aislamiento emocional y físico.

En línea con estos hallazgos el objetivo de este estudio es examinar los síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en población española, desde el 27 de marzo al 4 de mayo de 2020. Además, también trata de comparar el impacto psicológico según la edad de los participantes. Se predice que la pandemia por COVID-19 y el confinamiento de la población causarán en los más jóvenes síntomas depresivos y ansiosos respecto a los mayores.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra la componen 354 personas de ambos sexos,

con mayor proporción de mujeres (34% varones) con un rango de edad de 18 a 86 años ($M_{\text{edad}} = 36,3$ y $D.T._{\text{edad}} = 15,71$). Casi la mitad de los participantes trabajaban (47%) y la mayoría poseían estudios superiores (82%). El 6,5% de los encuestados vivía solo, el 22,1% convivían con una sola persona, el 25,8% con dos, el 36,5% con tres y el 9,1% con más de tres personas. En cuanto a la procedencia geográfica, la mayor parte eran de Andalucía (74%), seguido del 10,5% que eran oriundos de Extremadura, Comunidad de Madrid (9,6%). El resto de comunidades tienen una escasa representación oscilando entre el 1,7% de la Comunidad Valenciana, 1,4% Cataluña, 0,6% Ceuta y Aragón y el 0,3% que comparten Melilla, Canarias, País Vasco, Cantabria, Castilla-La Mancha y Baleares. Los participantes fueron contactados a través de diferentes vías de comunicación telemática siguiendo la metodología de bola de nieve (correo electrónico, WhatsApp y redes sociales). Se aseguró el anonimato en la participación. Todos dieron su consentimiento informado después de recibir información sobre los objetivos de la investigación y cumplieron los protocolos en línea a través de la plataforma *Google Forms* desde el 27 de marzo hasta el 4 de mayo de 2020.

INSTRUMENTOS

Escala de Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965; adaptación española Conde 1974): 20 ítems sobre depresión en la que se ha de identificar la frecuencia con la que se experimenta cada uno de los síntomas en una escala tipo Likert de cuatro valores (rango de 1 a 4). Diferencia *factor afectivo persistente, fisiológico y psicológico*. El índice de la escala es la suma de todos los ítems y según la puntuación obtenida se establecen cuatro diagnósticos: *Depresión ausente*: 20-35, *subclínica*: 36-51; *media severa*: 52-67 y *grave*: 68-80. Posee adecuadas propiedades psicométricas y en este trabajo se halló un alfa de Cronbach de $\alpha = ,853$.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielber et al., 1970; adaptación española Buena-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2011). 40 ítems que diferencian entre la Ansiedad-Estado (20 ítems) y Ansiedad-Rasgo (20 ítems). Para este trabajo se han empleado los ítems que conforman la ansiedad-estado (STAI-E) entendida como condición emocional transitoria, caracterizada por tensión y aprensión. Se responde en una escala tipo Likert de 4 alternativas de 0 (nada) a 3 (mucho). La puntuación total se obtiene mediante la suma de los reactivos tras la inversión de los que están redactados en positivo. Para los análisis se establecieron 3 niveles en función de la puntuación en A-E: *baja* (0-12), *media* (13-18), *alta* (18-60). El alfa de Cronbach en este trabajo arrojó un valor de $\alpha = ,948$.

DISEÑO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó un diseño transversal con una sola medida para un modelo descriptivo y comparativo. Se establecieron 4 grupos de edad. G1 (18-30), G2 (31-48), G3 (49-65), G4 (>65). Se aplicaron estadísticos descriptivos. Para explorar la significación estadística en función de los grupos de edad y del nivel de sintomatología en ansiedad y depresión se realizaron análisis de varianza de un factor (ANOVA). Para comprobar si existían diferencias dentro de cada grupo se ha utilizado un análisis *post hoc* con la corrección de Bonferroni. Se ha empleado el programa SPSS para Windows, V.25 y los resultados se muestran con un nivel de significancia de $p < ,05$.

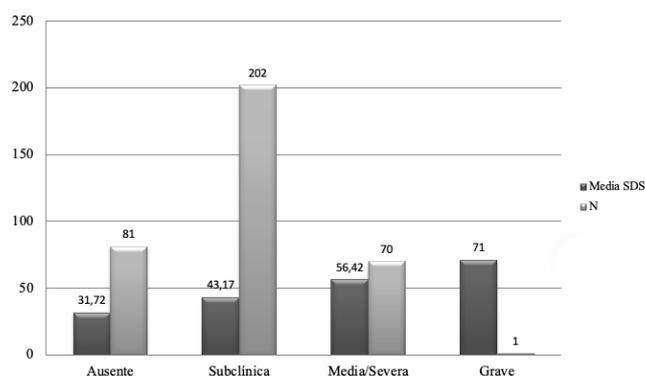
RESULTADOS

La distribución muestral en cuanto a la edad, el 48,9 % tenía entre 18 y 30 años, el 24,4% entre 31-48, el 23% entre 49 y 65; y el 3,7% más de 66 años.

En la Figura 1 se observa que más de la mitad de los participantes poseen sintomatología subclínica seguida de media/severa. Tan solo un caso obtuvo puntuación grave.

Figura 1

Puntuación media y frecuencia en la escala SDS según el nivel de sintomatología depresiva (N = 354)



En la Figura 2 se aprecia que la mayoría de los participantes obtienen puntuaciones elevadas (media o alta) en la sintomatología ansiosa situacional.

Las puntuaciones por grupos de edad en depresión y ansiedad se presentan en la Tabla 1 y Figura 3 donde se advierten más claramente los niveles alcanzados en cada rango.

Figura 2

Puntuación media y frecuencia en el cuestionario STAI-E según el nivel de ansiedad-estado (N = 354).

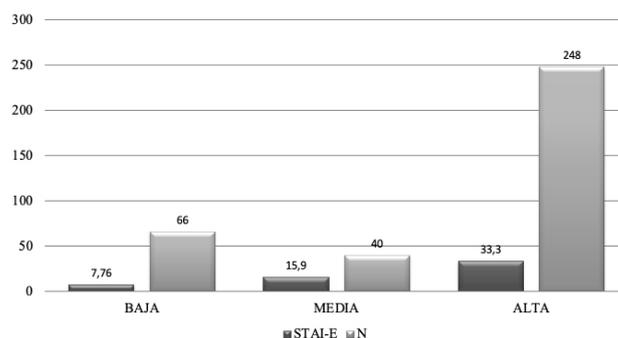


Tabla 1

Descriptivos de la sintomatología depresiva y ansiosa por grupos de edad

| | Grupos de Edad | N | Media | D.T | Error estándar | 95% del intervalo de confianza para la media | |
|-----------------|----------------|-----|-------|-------|----------------|--|-----------------|
| | | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| SDS-TOTAL | 1 | 172 | 45,46 | 9,73 | ,79 | 43,88 | 47,03 |
| | 2 | 86 | 40,36 | 8,60 | ,92 | 38,51 | 42,20 |
| | 3 | 83 | 40,1 | 8,19 | ,91 | 38,32 | 41,94 |
| | 4 | 13 | 37,46 | 6,31 | 1,75 | 33,64 | 41,28 |
| SDS-PSICOLÓGICO | 1 | 172 | 24,72 | 6,27 | ,51 | 23,70 | 25,73 |
| | 2 | 86 | 21,20 | 5,71 | ,61 | 19,97 | 22,42 |
| | 3 | 83 | 21,11 | 5,66 | ,62 | 19,85 | 22,36 |
| | 4 | 13 | 19,08 | 5,07 | 1,40 | 16,01 | 22,14 |
| SDS-AFECTOS | 1 | 172 | 3,74 | 1,40 | ,11 | 3,51 | 3,96 |
| | 2 | 86 | 3,08 | 1,11 | ,12 | 2,84 | 3,32 |
| | 3 | 83 | 2,85 | ,93 | ,10 | 2,64 | 3,05 |
| | 4 | 13 | 2,38 | ,65 | ,18 | 1,99 | 2,77 |
| SDS-FISIOLÓGICO | 1 | 172 | 17,00 | 3,70 | ,30 | 16,40 | 17,57 |
| | 2 | 86 | 16,08 | 3,29 | ,35 | 15,37 | 16,78 |
| | 3 | 83 | 16,17 | 3,08 | ,34 | 15,49 | 16,85 |
| | 4 | 13 | 16,00 | 2,00 | ,55 | 14,79 | 17,20 |
| STAI-E-TOTAL | 1 | 172 | 29,65 | 14,51 | 1,18 | 27,30 | 31,98 |
| | 2 | 86 | 23,25 | 12,60 | 1,35 | 20,55 | 25,95 |
| | 3 | 83 | 23,34 | 12,63 | 1,40 | 20,55 | 26,14 |
| | 4 | 13 | 19,07 | 7,21 | 2,00 | 14,71 | 23,43 |

Grupos de edad: G1 (18-30), G2 (31-48), G3 (49-65), G4 (>65)

Figura 3

Valores medios en Depresión (SDS) y Ansiedad-Estado (STAI-E) en los diferentes grupos de edad

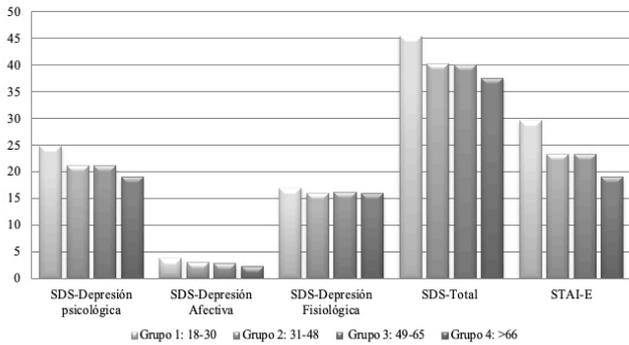


Tabla 2

Comparaciones múltiples entre los distintos grupos de edad en Depresión (SDS) y Ansiedad-Estado (STAI-E).

Prueba Post-Hoc- Bonferroni

| Variable dependiente | Grupos edad | Grupos edad 2 | Diferencia de medias (I-J) | Error estándar | Sig. | 95% de intervalo de confianza | | |
|---------------------------|------------------------|---------------|----------------------------|----------------|-------|-------------------------------|-----------------|------|
| | | | | | | Límite inferior | Límite superior | |
| SDS-DEPRESIÓN PSICOLÓGICA | 1 | 2 | 3,52* | ,80 | ,000 | 1,38 | 5,65 | |
| | | 3 | 3,60* | ,81 | ,000 | 1,43 | 5,78 | |
| | | 4 | 5,64* | 1,71 | ,007 | 1,08 | 10,20 | |
| | | 2 | -3,522* | ,80 | ,000 | -5,65 | -1,38 | |
| | 2 | 3 | ,086 | ,92 | 1,000 | -2,35 | 2,53 | |
| | | 4 | 2,12 | 1,76 | 1,000 | -2,57 | 6,81 | |
| | | 3 | -3,60* | ,81 | ,000 | -5,78 | -1,43 | |
| | | 2 | -,086 | ,92 | 1,000 | -2,53 | 2,35 | |
| | 3 | 4 | 2,03 | 1,77 | 1,000 | -2,68 | 6,74 | |
| | | 1 | -5,64* | 1,71 | ,007 | -10,20 | -1,08 | |
| | | 2 | -2,12 | 1,76 | 1,000 | -6,81 | 2,57 | |
| | | 3 | -2,03 | 1,77 | 1,000 | -6,74 | 2,68 | |
| | SDS-DEPRESIÓN AFECTIVA | 1 | 2 | ,65* | ,16 | ,000 | ,22 | 1,09 |
| | | | 3 | ,88* | ,16 | ,000 | ,44 | 1,33 |
| | | | 4 | 1,35* | ,34 | ,001 | ,42 | 2,28 |
| | | 2 | 1 | -,65* | ,16 | ,000 | -1,0 | -,22 |
| 3 | | | ,22 | ,18 | 1,000 | -,26 | ,72 | |
| 4 | | | ,69 | ,35 | ,322 | -,25 | 1,65 | |
| 3 | | 1 | -,88* | ,16 | ,000 | -1,33 | -,44 | |
| | | 2 | -,22 | ,18 | 1,000 | -,72 | ,26 | |
| | | 4 | ,46 | ,36 | 1,000 | -,49 | 1,42 | |
| 4 | | 1 | -1,35* | ,34 | ,001 | -2,28 | -,42 | |
| | | 2 | -,69 | ,35 | ,322 | -1,65 | ,25 | |
| | | 3 | -,46 | ,36 | 1,000 | -1,42 | ,49 | |

Tabla 2 (continuación)

Comparaciones múltiples entre los distintos grupos de edad en Depresión (SDS) y Ansiedad-Estado (STAI-E).

Prueba Post-Hoc- Bonferroni

| Variable dependiente | Grupos edad | Grupos edad 2 | Diferencia de medias (I-J) | Error estándar | Sig. | 95% de intervalo de confianza | | |
|----------------------|------------------------|---------------|----------------------------|----------------|-------|-------------------------------|-----------------|-------|
| | | | | | | Límite inferior | Límite superior | |
| SDS-TOTAL | 1 | 2 | 5,09* | 1,21 | ,000 | 1,87 | 8,32 | |
| | | 3 | 5,32* | 1,23 | ,000 | 2,03 | 8,60 | |
| | | 4 | 7,99* | 2,59 | ,013 | 1,11 | 14,88 | |
| | | 2 | -5,09* | 1,21 | ,000 | -8,32 | -1,87 | |
| | 2 | 3 | ,22 | 1,38 | 1,000 | -3,46 | 3,91 | |
| | | 4 | 2,89 | 2,67 | 1,000 | -4,19 | 9,98 | |
| | | 3 | -5,32* | 1,23 | ,000 | -8,60 | -2,03 | |
| | | 2 | -,224 | 1,38 | 1,000 | -3,91 | 3,46 | |
| | 3 | 4 | 2,67 | 2,68 | 1,000 | -4,44 | 9,79 | |
| | | 1 | -7,99* | 2,59 | ,013 | -14,88 | -1,11 | |
| | | 2 | -2,89 | 2,67 | 1,000 | -9,98 | 4,19 | |
| | | 3 | -2,67 | 2,68 | 1,000 | -9,79 | 4,44 | |
| | STAI-E-ANSIEDAD-ESTADO | 1 | 2 | 6,39* | 1,80 | ,003 | 1,59 | 11,19 |
| | | | 3 | 6,30* | 1,84 | ,004 | 1,40 | 11,19 |
| | | | 4 | 10,56* | 3,86 | ,040 | ,30 | 20,83 |
| | | 2 | 1 | -6,39* | 1,80 | ,003 | -11,19 | -1,59 |
| 3 | | | -,08 | 2,07 | 1,000 | -5,58 | 5,40 | |
| 4 | | | 4,17 | 3,97 | 1,000 | -6,38 | 14,74 | |
| 3 | | 1 | -6,30* | 1,84 | ,004 | -11,19 | -1,40 | |
| | | 2 | ,09 | 2,07 | 1,000 | -5,40 | 5,58 | |
| | | 4 | 4,26 | 3,99 | 1,000 | -6,33 | 14,87 | |
| 4 | | 1 | -10,56* | 3,86 | ,040 | -20,83 | -,30 | |
| | | 2 | -4,17 | 3,97 | 1,000 | -14,74 | 6,38 | |
| | | 3 | -4,26 | 3,99 | 1,000 | -14,87 | 6,33 | |

*La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

Grupos de edad: G1 (18-30), G2 (31-48), G3 (49-65), G4 (>65)

Los resultados del ANOVA revelan que las generaciones más jóvenes (G1: 18-30 y G2:31-48) presentan más síntomas depresivos, tanto de forma global (SDS total, $F = 10,30, p < ,001$) como en los factores *psicológicos* ($F=11,14, p < ,001$) y *afectivos* ($F = 13,75, p < ,001$). Lo mismo se ha observado en la *ansiedad-estado* ($F = 7,15, p < ,001$) que las personas menores de 30 años confiesan estar más ansiosos, sienten más tensión y aprensión frente a la situación de confinamiento por COVID-19 que las de más edad.

Como puede apreciarse en la Tabla 2 de comparaciones múltiples y el análisis post-Hoc con la corrección de Bonferroni se observa un incremento significativo en el grupo 1 (18-30 años) de los niveles de depresión, tanto de forma global como en sus factores (*afectivo y psicológico*) así como de la *ansiedad-estado* respecto al resto de los grupos, sobre todo con el grupo mayor de 65 años donde las diferencias son más acusadas. Así, para la depresión (SDS-total) la diferencia media en la puntuación para estos

grupos de edad fue de 7,99 con un IC del 95% de 1,11-14,88 y $p = ,013$ y para la A-E fue de 10,56 con un IC del 95% de ,31-20,83 y $p = ,040$. Estos hallazgos sugieren una disminución de la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión con el aumento de la edad durante el COVID-19 en una muestra española.

DISCUSIÓN

El objetivo que se pretendía en este trabajo era analizar los síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en población española y comparar el impacto psicológico según la edad de los participantes. Tal y como se hipotetizaba, el grupo de edad más joven (18-30 años) experimentó niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad situacional que todos los demás grupos de edad (31-48; 49-65 y >65 años). Además, los adultos de 31-48 y 49-65 años también expresaron más síntomas de depresión y ansiedad que los mayores de 65 años. Estos hallazgos están en consonancia con otros estudios previos realizados en China (Ahmed et al., 2020; Huang y Zhao, 2020), Arabia Saudí (Alkhamees et al., 2020), España (González-Sanguino et al., 2020; Otxamiz-Etxebarria et al., 2020) y Canadá (Nwachukwu et al., 2020) que muestran que los más jóvenes han padecido más síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID-19 que los mayores y que la edad correlaciona negativamente con dichos síntomas, según las aportaciones con población española (González-Sanguino et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2021) y austriaca (Traunmüller et al., 2020). No cabe duda de que las medidas adoptadas en la sociedad debido a la pandemia de COVID-19 han cambiado el desarrollo de los propósitos entre los más jóvenes debido a que han visto interrumpidos su dinámica diaria; el encuentro con los amigos, la asistencia a clase, el disfrute del ocio, etc. se han visto bloqueados y ha trastocado temporalmente sus necesidades (Cao et al., 2020; Fedlman, 2018) produciéndoles preocupación por los retrasos académicos, frustración, incertidumbre y miedo. A todo ello habría que sumarle que tal vez cuenten con menos recursos para afrontar estos cambios sobrevenidos.

Las restricciones también han afectado a las personas que se encuentran en la etapa entre 31-48 y 49-65 años, que han tenido que buscar el equilibrio entre el trabajo profesional, sus propios intereses y el cuidado de los hijos. Nuestros hallazgos ponen de manifiesto que en estos grupos de edad se observan niveles más elevados de síntomas depresivos y ansiedad que en los más mayores.

En este trabajo las personas mayores de 65 años han informado de menores problemas de ansiedad y síntomas depresivos comparado con los jóvenes, tal vez debido a que tienden a ser menos móviles socialmente que ellos y no les supone demasiada angustia el hecho de no poder salir a la

calle o haber vivido otras experiencias desagradables en el pasado, de ahí su mayor capacidad y recursos para afrontar las crisis y los cambios. No obstante, se debe ser bastante cauto con estas afirmaciones puesto que el número de personas que conforman el grupo de mayor edad en este estudio es bastante reducido y no se podrían generalizar estos resultados. En línea con estos resultados tanto los estudios realizados por Losada-Baltar et al. (2021) como por Huang y Zhao (2020) o Nwachukwu et al. (2020) muestran mayores indicadores de bienestar psicológico en las personas mayores durante el confinamiento por COVID-19. Concretamente, destaca el estudio de Losada-Baltar et al. (2021), donde resaltaron variables tales como la autoeficacia percibida y la emoción expresada como predictoras de las autopercepciones positivas del envejecimiento y que dichas variables relacionadas con los recursos familiares y personales, tenían un papel destacado en el afrontamiento adecuado a las exigencias asociadas al confinamiento por COVID-19. A todo esto, habría que añadir también que los grupos de mayor edad, generalmente, disfrutaban de una situación profesional y personal más estable, lo que también ayudaría a mantener un mayor equilibrio emocional. Pese al riesgo que implica para la vida y la salud la posibilidad de contraer la enfermedad, no parece que los participantes de mayor edad que han formado parte de este estudio hayan visto afectado su bienestar emocional por ese motivo.

Este trabajo no está exento de *limitaciones*. Sólo formaron parte de la muestra usuarios de internet y redes sociales por lo tanto, la generalización de los resultados a otras poblaciones quedaría reducida, especialmente en el caso del grupo de mayor edad. El empleo de un diseño transversal también frena la posibilidad de conocer los efectos causales entre las variables y su posible evolución, por lo que sería conveniente llevar a cabo estudios longitudinales que analicen la evolución del estado psicológico de la población conforme cambia la crisis sanitaria. El carácter autoinformado de los instrumentos, aunque poseían adecuadas propiedades psicométricas, carecían de escalas para controlar los sesgos debidos a la deseabilidad social o la sinceridad. No se ha tenido en cuenta entre los criterios de inclusión el padecimiento de trastorno psicológico premórbido por lo que las puntuaciones alcanzadas podrían no ser atribuibles exclusivamente al efecto del confinamiento por la crisis sanitaria.

Pese a estas limitaciones, nuestro estudio tiene como punto fuerte que se inició cuando la población llevaba dos semanas aproximadamente confinada en España, prolongándose la recogida de información hasta algunos días después que se anunciara el plan de desconfinamiento en el país, en el que se vieron reducidas de manera gradual las limitaciones impuestas. Además, los resultados tienen implicaciones clínicas destacadas puesto que según lo

observado los niveles alcanzados han sido bastante elevados en las variables de ansiedad estado y depresión tanto en su consideración global como en las dimensiones de depresión psicológica y afectiva, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes (entre 18 y 30 años) respecto a los mayores de 65 años durante la pandemia de COVID-19. En consecuencia, nuestra sugerencia iría orientada a la necesidad de realizar intervenciones preventivas dirigidas a las personas de riesgo para que dichos síntomas no se agraven a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, M., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., y Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., y Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, *102*, 152192. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152192>
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., y Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*, *395*, 931-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- Asmundson, G. J., y Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, *71*, 102211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, *395*, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo Adaptación del cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. STAI. TEA ediciones.
- Cao, W., Fanga, Z., Houc, G., Hana, M., Xua, X., Donga, J., y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, *287*, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Conde, V. (1974). Escala autoaplicada para la depresión de Zung-Conde. En V. Conde y J. Franch (ED.). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología patológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. (pp. 62-69). Upjohn.
- Duan, L., y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, *7*, 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Elmer, T., Mepham, K., y Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *PLoS ONE*, *15*(7), e0236337. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236337>
- Fedlman, R.S. (2018). *Development across the life span*. (8ª ed.). Pearson.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior and immunity*, *87*, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Huang, Y., y Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, *288*, 112954. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Idoaga, N., Gil de Montes, L., y Valencia, J. (2017). Understanding an ebola outbreak: social representations of emerging infectious diseases. *Journal of health psychology*, *22*(7), 951-960. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105315620294>
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., Lima da Silva, C. G., y Rolim, R. L. (2019). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*, *287*, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., y Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, *7*(4), e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedrosa-Chaparro, M. S., Fernandes-Pires, J., y Márquez-González, M. (2021). "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(2), e10-e16. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>
- Ministerio de Sanidad (2020). *Coronavirus (COVID-19) - 31 de mayo 2020*. Disponible en <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-31-mayo-2020>
- Nishiura, H., Jung, S. M., Linton, N. M., Kinoshita, R., Yang, Y., Hayashi, Kobayashi, T., Yuan, B., y Akhmetzhanov, A. R. (2020). The Extent of Transmission of Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Journal of clinical medicine*, *9*(2), 330. <https://doi.org/10.3390/jcm9020330>
- Nwachukwu, I., Nkire, N., Shalaby, R., Hrabok, M., Vuong, W., Gusnowski, A., Surood, S., Urichuk, L., Greenshaw, A. J. y Agyapong, V. (2020). COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression

in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6366. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176366>

Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruñia-Muñoz, M. J., y de Luis-García, R. (2020). Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain. *Journal of health psychology*, 1359105320967086. <https://doi.org/10.1177/1359105320967086>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., e Idoiaga Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de saúde pública*, 36(4), e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., y Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neuroscience*, 74(4), 281-282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Traunmüller, C., Stefitz, R., Gaisbachgrabner, K., y Schwerdtfeger, A. (2020). Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC public health*, 20(1), 1395. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09489-5>

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., y Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*, 395(10223), 470-473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Zung, W.W.K. (1965). Self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 6

EL PAPEL DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL ESTRÉS EN EL RENDIMIENTO DE DEPORTISTAS PROFESIONALES

Martín Sánchez-Gómez¹ y Edgar Bresó¹

¹Universitat Jaume I, Castellón de la Plana

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo examinar la relación entre la inteligencia emocional, el estrés y el rendimiento, así como estudiar el papel mediador del estrés entre la inteligencia emocional y el rendimiento en deportistas de élite. La muestra estuvo compuesta por 92 deportistas profesionales (67,2% hombres) con una edad media de 23,4 años. Para evaluar el rendimiento se utilizó el cuestionario para la evaluación de estrategias de afrontamiento en deportistas (ISCCS), la inteligencia emocional fue medida mediante el *Mobile Emotional Intelligence Test* (MEIT), y el estrés con ayuda del *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ). Los resultados del análisis de mediación señalan que la inteligencia emocional está conectada indirectamente con el rendimiento a través del estrés. De este modo, los deportistas con puntuaciones altas en regulación emocional parecen sufrir menos estrés, lo que a su vez se traduce en un mayor sentimiento de control y un logro percibido superior.

Palabras clave: inteligencia emocional; regulación emocional; estrés; deporte; rendimiento.

THE ROLE OF EMOTIONAL REGULATION AND STRESS IN THE PERFORMANCE OF PROFESSIONAL ATHLETES

Abstract: The current research aims to examine the relationship between emotional intelligence, stress and performance, as well as to study the mediating role of stress between emotional intelligence and performance in a sample of athletes. The participants were 92 professional athletes (67.2% men) with a mean age of 23.4 years. To evaluate perceived performance, the questionnaire for the evaluation of coping strategies in athletes (ISCCS) was used, emotional intelligence was measured using the Mobile Emotional Intelligence Test (MEIT), and stress was assessed using the Perceived Stress Questionnaire (PSQ). The results of the mediation analysis indicate that emotional intelligence is indirectly connected with perceived performance through stress. In this way, athletes with high emotional regulation scores seem to experience less stress, which in turn translates into a greater sense of control and higher perceived achievement.

Keywords: emotional intelligence; emotional regulation; stress; sports; performance.

INTRODUCCIÓN

La práctica de ejercicio físico y beneficios derivados de ella siempre ha sido un ámbito de gran interés para la comunidad científica, especialmente en lo que se refiere a salud física y mental de la población general (Acebes-Sánchez et al., 2019). No obstante, en los últimos años parece haber aumentado el interés por entender el rendimiento de los deportistas y las distintas formas de aumentarlo, especialmente cuando se trata de atletas con dedicación profesional. En línea con esto, investigaciones recientes (Laborde et al., 2016) hacen énfasis en la importancia del aspecto psicológico

y emocional a la hora de entender el funcionamiento de un deportista, el cual se enfrenta a situaciones asociadas con un alto nivel de estrés (e.g., realizar un lanzamiento de falta delante de 50.000 espectadores). De hecho, el deporte profesional es un entorno ultra competitivo en el que alcanzar los objetivos suele suponer un intenso trabajo diario desde edades tempranas con resultados, muchas veces, a largo plazo (Laborde et al., 2014). Además, requiere enfrentar constantemente el estrés y la presión competitiva en escenarios diversos (Tok et al., 2013). Por todo ello, atendiendo a la definición de inteligencia emocional (IE) propuesta por Mayer et al. (2016), es decir, la capacidad de percibir, comprender y regular correctamente las

emociones propias, así como las de otras personas (e.g., compañeros de equipo, oponentes, entrenadores, árbitros y espectadores), parece que poseer una alta IE podría resultar clave a la hora de dar el máximo rendimiento. Tal y como señalan investigaciones previas, los deportistas con una alta inteligencia emocional están más preparados para reducir el impacto negativo de la fatiga o el estrés, así como en condiciones de mejorar su desempeño en deportes de diversa índole (Kopp y Jekauc, 2018; Laborde et al., 2016; Lane y Wilson, 2011; Lu et al., 2010). A su vez, diversos estudios manifiestan que la práctica regular de ejercicio, unida a una alta IE, puede repercutir positivamente sobre diversos aspectos psicológicos, facilitando así una mejor gestión de los momentos de alto estrés (Lane et al., 2009; Li et al., 2009). Por todo ello, el presente trabajo, tomando como referencia el modelo de habilidad de inteligencia emocional (IE) propuesto por Mayer et al. (2016), tiene como objetivo examinar las relaciones entre la IE, el estrés y el rendimiento percibido, así como estudiar el papel mediador del estrés entre la IE y el rendimiento percibido en una muestra de deportistas profesionales. En línea con los hallazgos previos, se espera que exista una relación positiva entre la IE y el rendimiento percibido (H1), mientras que se espera hallar una relación inversa entre la IE y el rendimiento con la variable estrés (H2). Finalmente, se hipotetiza que el estrés ejerce un papel mediador en la relación entre la IE y el rendimiento percibido (H3).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Siguiendo un diseño transversal, la muestra estuvo compuesta por 92 deportistas profesionales (67,2% hombres) con una media de 23,4 años (desviación típica = 1,86). El 58.1% de ellos practicaban deportes de equipo, mientras que el 41,9% restante lo hacían de forma individual.

MATERIALES

- **Inteligencia emocional.** Para evaluar la IE se utilizó el *Mobile Emotional Intelligence Test* (MEIT; Sanchez-Gomez y Bresó, 2019). Este cuestionario está basado en el modelo de Mayer et al. (2016) y sigue la premisa de las pruebas de habilidad en las que hay respuestas correctas e incorrectas a las preguntas del instrumento, algo similar a las pruebas de cociente intelectual. Este instrumento recoge información sobre 3 dimensiones de IE (percepción, comprensión y regulación) mediante 42 ítems y 9 tipos de tareas distintas, además de ofrecer una puntuación total.
- **Estrés percibido.** Esta variable fue evaluada mediante el *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ;

Sanz-Carrillo et al., 2002), el cual permite conocer el grado en que el sujeto percibe las situaciones de la vida como estresantes a partir de seis factores: tensión, irritabilidad, fatiga; aceptación social de conflictos; energía y diversión; sobrecarga; satisfacción por autorrealización; miedo y ansiedad. El PSQ está compuesto por 30 ítems en escala tipo Likert de 1 a 4. Valores totales más altos indican mayor nivel de estrés.

- **Rendimiento.** Para evaluar una variable tan compleja como el rendimiento, el cual varía de forma ostensible de un deporte a otro, se optó por estudiar las estrategias de afrontamiento, lo que nos aporta una visión subjetiva del atleta. Para ello fue empleado el Inventario de Afrontamiento para Deporte competitivo (ISCCS; Gaudreau y Blondin, 2002) en su versión española (Molinero et al., 2010), el cual está formado por 39 ítems de tipo Likert que van desde 1 a 5. Los ítems se distribuyen en ocho factores agrupados en tres dimensiones de segundo orden: afrontamiento orientado a la tarea, afrontamiento y afrontamiento orientado a la distracción. El presente estudio solo evaluó el afrontamiento orientado a la tarea, el cual incluye los siguientes aspectos: análisis lógico/esfuerzo, búsqueda de apoyo, relajación y control del pensamiento.

Además de las principales variables de estudio, se obtuvieron datos sociodemográficos referentes a la edad, el sexo, el estado civil (i.e., soltero/a, casado/a) y el nivel educativo (i.e., Educación Primaria, Educación Secundaria, Bachillerato o Formación Profesional, Diplomatura/Grado, Máster/Doctorado) de los participantes.

PROCEDIMIENTO

Durante la primera mitad de 2021 fue realizado el contacto con los posibles participantes, pertenecientes a clubes o categorías de deporte profesional, obteniendo el visto bueno de 139 sujetos. Finalmente, 92 sujetos respondieron el cuestionario administrado online mediante la plataforma *Google Forms*, lo que ofrece una tasa de participación del 66,1%. Los participantes recibieron una explicación previa sobre el carácter voluntario y confidencial de su colaboración y todo el proceso fue llevado a cabo de acuerdo con las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki.

DISEÑO

Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS (versión 26.0). En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos

descriptivos de las variables del estudio, es decir, media, desviación estándar y fiabilidad mediante el alpha de Cronbach (α). Después fueron calculadas las correlaciones entre IE, estrés y rendimiento. Para concluir, se realizó el análisis de mediación mediante la macro PROCESS 3.3 (Hayes, 2017) utilizando un *bootstrapping* con 10.000 muestras de datos, el cual generó intervalos de confianza del 95%, siendo posible conocer los efectos directos (a' , b' y c') e indirectos entre variables. Además, fue controlado el posible efecto de las distintas covariables anteriormente mencionadas.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

En primera instancia, se detalla toda la información sobre las características de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

| Variable | |
|---------------------------------|-------------|
| Edad (Media, Desviación típica) | 23,4 (1,86) |
| Sexo | (%) |
| Hombre | 67,2 |
| Mujer | 32,8 |
| Estado civil | (%) |
| Soltero/a | 96,4 |
| Casado/a | 3,6 |
| Nivel educativo | (%) |
| Educación Primaria | 10,4 |
| Educación Secundaria | 18,2 |
| Bachillerato o FP | 41,9 |
| Diplomatura/Grado | 18,9 |
| Máster/Doctorado | 9,6 |
| Tipo de deporte | (%) |
| Individual | 41,9 |
| Colectivo | 58,1 |

n = 92

DESCRIPTIVOS

En segundo lugar, se describen las correlaciones, medias, desviaciones estándar y fiabilidad de las principales variables de estudio (Tabla 2).

Como se indica en la Tabla 2, los resultados señalan la existencia de una relación estadísticamente significativa inversa entre la IE y el estrés percibido ($r = -.41$), y directa entre la IE y el rendimiento ($r = .29$). Por su parte, estrés percibido y rendimiento se relacionaron inversamente ($r = -.44$).

Los análisis de fiabilidad indican la existencia de valores que van desde ,85 a ,89.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables de estudio.

| Variables | 1 | 2 | 3 | Media | DE | α |
|---------------------------|--------|--------|---|-------|------|----------|
| 1. Inteligencia emocional | - | | | 5,55 | 0,84 | ,89 |
| 2. Estrés percibido | -,41 * | - | | 2,44 | 1,50 | ,86 |
| 3. Rendimiento | ,29 * | -,44 * | - | 3,10 | 0,72 | ,85 |

* $p < ,01$. DE = desviación estándar; α = alpha de Cronbach.

ANÁLISIS DE MEDIACIÓN

En tercer lugar, fueron llevados a cabo los análisis de mediación a fin de conocer el rol del estrés percibido en la relación entre la IE y el rendimiento de los deportistas. Además, también fueron realizados análisis *post-hoc* para cada una de las tres ramas de la IE (percepción, comprensión y regulación) con el objetivo de conocer si el modelo propuesto se replicaba en ellas. En la Tabla 3 se muestran los efectos indirectos del estrés percibido como mediador del rendimiento, siendo éste estadísticamente significativo únicamente en el modelo 1 (IE como variable predictora; ,16; IC 95% = ,03 - ,09) y en el 4 (regulación emocional como variable predictora; ,19; IC 95% = ,04 - ,11). Ninguna covariable (edad, sexo, estado civil y nivel educativo) tuvo un efecto significativo en la relación.

Tabla 3

Análisis de mediación múltiple

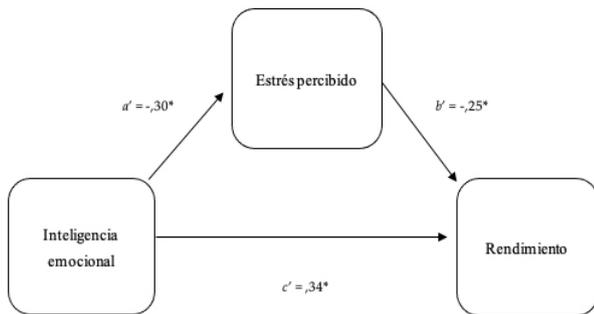
| Modelo | EE | IC 95% | | | | |
|-------------------------------------|-----|--------|------|------|----------|----------|
| | | Efecto | Z | p | Inferior | Superior |
| IE \rightarrow EP \rightarrow R | ,01 | ,16 | 2,12 | <,01 | ,03 | ,09 |
| PE \rightarrow EP \rightarrow R | ,05 | ,03 | 2,05 | ,19 | -,04 | ,02 |
| CE \rightarrow EP \rightarrow R | ,04 | ,04 | 1,93 | ,21 | -,06 | ,01 |
| RE \rightarrow EP \rightarrow R | ,01 | ,19 | 1,98 | <,01 | ,05 | ,16 |

EE = error estándar. IC = intervalo de confianza. IE = inteligencia emocional. PE = percepción emocional. CE = comprensión emocional. RE = regulación emocional. EP = estrés percibido. R = rendimiento.

La figura 1 representa el modelo teórico propuesto y el efecto directo entre las variables del modelo 1 (IE \rightarrow EP \rightarrow R). Como se puede observar, la IE se relaciona inversamente con el estrés percibido ($a' = -.30$; $p < ,01$), el cual, a su vez, se relaciona negativamente con el rendimiento ($b' = -.25$; $p < ,01$). Además, existe una relación directa entre la IE y el rendimiento ($c' = ,34$; $p < ,01$), lo que señala al estrés como mediador parcial entre la IE y el rendimiento del atleta.

Figura 1

Modelo de mediación explicando la relación entre la inteligencia emocional, el estrés y el rendimiento del deportista.

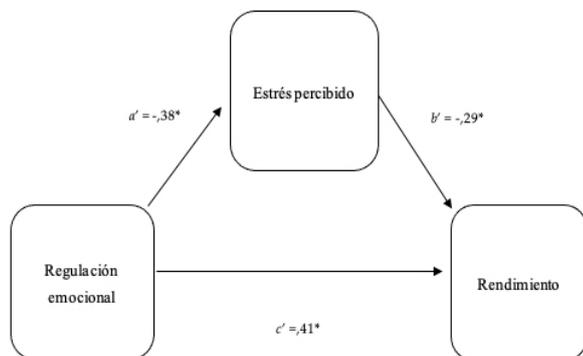


* $p < ,01$.

Por otro lado, la figura 2 representa el efecto directo entre las variables del modelo 4 (RE \rightarrow EP \rightarrow R). En este caso, la RE muestra una relación inversa con el estrés percibido ($a' = -,38$; $p < ,01$), el cual también se asocia inversamente con el rendimiento ($b' = -,29$; $p < ,01$). La relación directa entre la RE y el rendimiento se mantiene ($c' = ,41$; $p < ,01$), lo cual refuerza la idea del estrés como mediador parcial en esta relación.

Figura 2

Modelo de mediación explicando la relación entre la regulación emocional, el estrés y el rendimiento del deportista.



* $p < ,01$.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación nació con el objetivo de examinar las relaciones entre IE, estrés y rendimiento en atletas profesionales, así como de estudiar el papel mediador del estrés entre la IE y el rendimiento percibido. Por lo que respecta a la H1, nuestros resultados señalan la existencia de una relación positiva entre la IE y el rendimiento percibido. De forma acorde a los hallazgos previos, la IE, descrita como la capacidad de percibir, comprender y regular emociones,

parece ser una habilidad directamente relacionada con un mejor rendimiento en distintos ámbitos deportivos (Laborde et al., 2016; Lane y Wilson, 2011; Lu et al., 2010).

En lo respectivo a la H2, se halló una relación inversa entre estrés e IE. Los deportistas con alta IE informaron padecer un menor nivel de estrés, lo que resulta acorde con la literatura previa (Lane et al., 2009; Li et al., 2009). Por ende, la IE parece actuar como un recurso personal fundamental a la hora de enfrentar escenarios emocionalmente exigentes como pueden ser las pruebas deportivas de alto nivel (Tok et al., 2013). Del mismo modo, estrés y rendimiento correlacionaron de forma inversa, tal y como ya han señalado multitud de trabajos (Kopp y Jekauc, 2018; Laborde et al., 2016) en los cuales se refuerza la idea de que poseer bajos niveles de estrés ayuda a reducir las distintas consecuencias negativas asociadas a él (cansancio, angustia, impulsividad, etc.), promoviendo así un aumento en los niveles de desempeño.

Finalmente, los análisis de mediación múltiple señalan que el estrés ejerce un papel mediador en la relación entre la IE y el rendimiento percibido (H3). Estos hallazgos coinciden con trabajos anteriores que muestran el efecto mediador del estrés entre los recursos personales y los resultados en distintos ámbitos (Côté, 2014). De este modo, cabría esperar que los deportistas con puntuaciones altas en IE sufran menos estrés, lo que a su vez se podría traducir en un mayor desempeño orientado a la tarea deportiva. Además, los datos señalan que solo en la rama de regulación emocional se replica este resultado, lo que sugiere su importancia a la hora de entender el mecanismo de mediación. Por todo ello, el conjunto de habilidades que componen la IE y, especialmente, regular las emociones propias y las de otras personas, puede ayudar a reducir el estrés y, a su vez, a aumentar el rendimiento profesional (Laborde et al., 2016).

Cabe señalar que el presente estudio no está exento de debilidades. En primer lugar, es importante atender a la naturaleza de los datos, ya que el diseño transversal nos impide establecer relaciones de causalidad entre variables. El diseño de estudios similares de forma longitudinal ayudaría a ofrecer más información sobre el papel de la IE y el estrés en el desempeño deportivo. Otro aspecto a considerar tiene que ver con la evaluación del rendimiento, ya que resulta especialmente complejo categorizar el rendimiento de forma objetiva cuando se engloban deportistas de distintas disciplinas. Por tanto, una posible solución sería replicar este estudio en un único deporte para poder así añadir también la información referente a los resultados deportivos. En último lugar, mencionar que el muestreo por conveniencia utilizado puede ocasionar una mayor participación de sujetos "cooperativos" y con características de personalidad concretas, limitando así la generalización de resultados. A pesar de ello, este modo de obtener datos es ampliamente utilizado en ciencias sociales y ha demostrado ofrecer una buena validez y fiabilidad (Kam et al., 2007).

Por lo que respecta a las implicaciones de la investigación aquí expuesta, podemos destacar que ofrece nuevas evidencias sobre la relevancia de las emociones en el rendimiento de atletas profesionales. De hecho, la IE de forma general y la regulación emocional en particular parecen ser habilidades fundamentales a la hora de entender el desempeño deportivo. No cabe duda de que en un entorno tan competitivo como el actual, cada detalle puede jugar un rol fundamental a la hora de decantar la balanza de un lado o de otro, lo que pone de manifiesto que, para mantener y mejorar la competitividad de cualquier equipo o deportista individual, debe potenciarse la salud y la capacidad emocional de los miembros que lo forman (Côté, 2014; Sanchez-Gomez y Bresó, 2020). En esta línea, cabe destacar que han sido varios los programas de promoción de la IE aplicados en el mundo del deporte, siendo sus resultados positivos (Campo et al., 2016) y permitiendo mejorar la gestión de las emociones en entornos tan estresantes y competitivos como el del deporte profesional, lo que a su vez parece ayudar a alcanzar el máximo rendimiento posible (Kopp y Jekauc, 2018).

CONCLUSIONES

El presente trabajo aporta nueva información para entender el papel de la inteligencia emocional y el estrés en el rendimiento de atletas de élite. Los resultados subrayan la importancia de poseer una alta inteligencia emocional, así como la habilidad para regular emociones adecuadamente, ya que parecen estar asociadas con la gestión del estrés en eventos deportivos, lo que a su vez se relacionaría positivamente con un mayor sentido de control y logro percibido en deportistas profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Generalitat Valenciana y al Fondo Social Europeo por co-financiar esta investigación (ACIF/2017/201).

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acebes-Sánchez, J., Díez-Vega, I., Esteban-Gonzalo, S. y Rodríguez-Romo, G. (2019). Physical activity and emotional intelligence among undergraduate students: a correlational study. *BMC public health*, 19(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7576-5>

Campo, M., Laborde, S. y Mosley, E. (2016). Emotional intelligence training in team sports: The influence of a season long intervention program on trait emotional intelligence. *Journal of Individual Differences*, 37(3), 152-158. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000201>

Côté, S. (2014). Emotional intelligence in organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 459-488. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091233>

Gaudreau, P. y Blondin, J. P. (2002). Development of a questionnaire for the assessment of coping strategies employed by athletes in competitive sport settings. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(1), 1-34. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(01\)00017-6](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(01)00017-6)

Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.

Kam, C. D., Wilking, J. R. y Zechmeister, E. J. (2007). Beyond the "narrow data base": Another convenience sample for experimental research. *Political Behavior*, 29(4), 415-440. <https://doi.org/10.1007/s11109-007-9037-6>

Kopp, A. y Jekauc, D. (2018). The influence of emotional intelligence on performance in competitive sports: a meta-analytical investigation. *Sports*, 6(4), 175. <https://doi.org/10.3390/sports6040175>

Laborde, S., Dosseville, F. y Allen, M. S. (2016). Emotional intelligence in sport and exercise: A systematic review. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 26(8), 862-874. <https://doi.org/10.1111/sms.12510>

Lane, A. M., Thelwell, R. y Devonport, T. J. (2009). Emotional intelligence and mood states associated with optimal performance. *E-Journal of Applied Psychology*, 5(1), 67-73. <https://doi.org/10.7790/ejap.v5i1.123>

Lane, A. M. y Wilson, M. (2011). Emotions and trait emotional intelligence among ultra-endurance runners. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 14(4), 358-362. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2011.03.001>

Li, G. S. F., Lu, F. J. y Wang, A. H. H. (2009). Exploring the relationships of physical activity, emotional intelligence and health in Taiwan college students. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 7(1), 55-63. [https://doi.org/10.1016/S1728-869X\(09\)60008-3](https://doi.org/10.1016/S1728-869X(09)60008-3)

Lu, F. J., Li, G. S. F., Hsu, E. Y. W. y Williams, L. (2010). Relationship between athletes' emotional intelligence and precompetitive anxiety. *Perceptual and motor skills*, 110(1), 323-338. <https://doi.org/10.2466/pms.110.1.323-338>

Mayer, J. D., Caruso, D. R. y Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion review*, 8(4), 290-300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>

Molinero, O., Salguero, A. y Márquez, S. (2010). Propiedades psicométricas y estructura dimensional de la adaptación española del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Competición Deportiva. *Psicothema*, 22(4), 975-982.

Sanchez-Gomez, M. y Bresó, E. (2019). The Mobile Emotional Intelligence Test (MEIT): An Ability Test to Assess Emotional Intelligence at Work. *Sustainability*, 11(3), 827. <https://doi.org/10.3390/su11030827>

Sanchez-Gomez, M. y Bresó, E. (2020). In Pursuit of Work Performance: Testing the Contribution of Emotional Intelligence and Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 5373. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155373>

Sanz-Carrillo, C., Garcia-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M. A. y Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 167-172. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00275-6)

Tok, S., Binboğa, E., Guven, S., Çatıkkas, F. y Dane, S. (2013). Trait emotional intelligence, the Big Five personality traits and isometric maximal voluntary contraction level under stress in athletes. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 19(3), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2013.04>

EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA POR COVID-19 AUMENTÓ EL ALTA TERAPÉUTICA EN SERVICIOS RESIDENCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LAS ADICCIONES A DROGAS

Fran Calvo^{1,2}, Gemma Maudes³, Adriana Francisco⁴, Lidia Jiménez⁴

¹Evaluación e investigación, Fundació Salut i Comunitat (FSC).

²Departament de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona.

³Àrea de Drogas, Género y Familias (FSC).

⁴Piso terapéutico de reinserción Cosmos (FSC).

Resumen: El objetivo de este estudio fue analizar si las altas terapéuticas en dos pisos terapéuticos de reinserción para personas con trastornos por uso de sustancias fue diferente en el primer año de pandemia por COVID-19 respecto años anteriores. Se compararon el número de altas terapéuticas (AT) en el año 2020 al de los años del 2019 al 2010. Se usó el estadístico Ji cuadrado para comparar las diferencias entre AT en los dos periodos. Los principales resultados indicaron que durante todo el periodo analizado (2010-2020) se atendió una media de 91,9 personas (DE = 6,9; Rango = 81-112) (el 2020 se atendieron 81 personas). El rango de proporciones de ATs se estableció entre el 46,7% (año 2012) y el 70,1% (año 2020). En conclusión, pese a que el año 2020 fue el año en el que menos personas se atendieron, hubo una mayor proporción de AT respecto años anteriores.

Palabras clave: Trastornos por uso de sustancias, piso terapéutico de reinserción, tratamiento residencial, alta terapéutica.

FIRST YEAR OF COVID-19 PANDEMIC INCREASED THERAPEUTIC DISCHARGE IN RESIDENTIAL SERVICES OF SPECIALIZED ATTENTION TO DRUG ADDICTIONS

Abstract: The objective of this study was to analyse whether the therapeutic discharge in therapeutic reintegration floors for people with substance-related disorders was different in the first year of the COVID-19 pandemic compared to previous years. The number of therapeutic discharges (TD) in the year 2020 was compared to that of the years 2019 to 2010. The chi-square statistic was used to compare the differences between TD in the two periods. The main results indicated that during the entire period analyzed (2010-2020) an average of 91.9 people were attended (SD = 6.9; Range = 81-112) (in 2020, 81 people were attended). The range of TDs proportions was established between 46.7% (year 2012) and 70.1% (year 2020). In conclusion, even though that 2020 was the year in which fewer people were served, there was a higher proportion of TA compared to previous years.

Keywords: Substance-related disorders, rehabilitation therapeutic flat, residential treatment, therapeutic discharge.

INTRODUCCIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADOS EN ADICCIONES A DROGAS

El tratamiento de las adicciones a drogas tiene como objetivo dar una respuesta integral a las necesidades terapéuticas de las personas que padecen un trastorno por uso de sustancias (TUS). En Cataluña existe una red de recursos hospitalarios, ambulatorios y residenciales que se despliegan en diferentes servicios, programas y prestaciones propias del proceso de recuperación de un TUS (Generalitat de Catalunya [Gencat], 2021a). La puerta

de entrada a la red de atención a las adicciones a drogas suelen ser los servicios ambulatorios públicos, dirigidos exclusivamente a personas mayores de edad. Las personas menores de edad con TUS suelen ser tratadas también por profesionales especializados, desde los servicios de salud mental infantojuvenil.

El tratamiento ambulatorio de los TUS se sostiene en un plan terapéutico personalizado, biopsicosocial, integral y multidisciplinar, que se lleva a cabo en forma de visitas de seguimiento individuales y/o con sesiones en grupos terapéuticos de distinta periodicidad que conducen los equipos profesionales especializados (Gencat, 2021b). Cuando la terapia en el servicio ambulatorio no es suficiente, la persona tiene la posibilidad de acogerse a un tratamiento

en un servicio residencial, ya sea en una comunidad terapéutica (CT) o en un piso terapéutico de reinserción (PT).

Las CT son servicios dirigidos a personas con TUS que tienen una menor capacidad de contención en su entorno cercano, que de forma reiterada no han logrado sus objetivos terapéuticos en tratamientos ambulatorios previos, que tienen necesidad de un alejamiento de su entorno cercano y presentan algún tipo de desestructuración familiar o a nivel de hábitos básicos personales o sociales (Gencat, 2021c). Las personas en tratamiento en las CTs residen y conviven de forma transitoria con otras personas usuarias, por un periodo de entre tres y nueve meses (dependiendo de la institución). Ello facilita la adquisición de habilidades personales y sociales en un entorno seguro y supervisado por profesionales. Las CTs suelen estar ubicadas geográficamente en lugares alejados de las ciudades, para facilitar la contención propia de la persona, que se aleja del entorno de consumo durante las primeras fases del proceso.

Los PT son también servicios residenciales a los que se puede acceder desde cualquier recurso de la red especializada, aunque su acceso mayoritario suele ser desde los servicios ambulatorios o las CT. Están concebidos para consolidar los hábitos individuales y sociales trabajados en los servicios derivadores y su objetivo último es la consecución de una autonomía e inserción/reinserción socio-comunitaria plena (Gencat, 2021d). Los PTs suelen ser viviendas que se ubican en zonas urbanas, por lo que el contacto directo con el contexto cercano es más intenso y las habilidades trabajadas en CT tienen una parte más práctica, vivencial y real, con supervisión profesional diaria.

El plan de trabajo que realizan las personas en tratamiento en los servicios residenciales suele proponerse como un itinerario adaptado a sus necesidades específicas, cambiantes durante el proceso, y con una supervisión continua por parte de un equipo de profesionales que promueven la transformación *con* la persona en tratamiento (y no *para* la persona en tratamiento).

Existen diferentes tipos de salida de los recursos de tratamiento residenciales. En primer lugar, la consecución exitosa de este proceso suele culminarse en un alta terapéutica (AT) que se otorga a la persona en tratamiento cuando los objetivos del plan de trabajo se han consolidado. En segundo lugar, cabe la posibilidad de que tras el ingreso tanto la persona en tratamiento como el equipo (o ambos) consideren que el servicio puede no ser la mejor opción para dar respuesta a las necesidades de la persona, por lo que se propone la derivación hacia otro servicio. Este tipo de salida se denomina cambio de proceso (CP). Cualquier otro tipo de salida del servicio se considerará como una salida no deseada e incluye, en tercer lugar, el alta voluntaria (AV), que ocurre cuando la persona decide acabar su tratamiento antes de que el equipo valore que ha alcanzado los objetivos

terapéuticos y, en cuarto lugar, el cese, que se produce cuando el equipo profesional considera que la persona en tratamiento no sigue las recomendaciones e indicaciones o falla a la normativa del servicio de forma grave y/o reiterada.

La carencia de una definición consensuada de AT genera una situación de desencuentro conceptual teórico que repercute en un alto rango porcentual en la literatura científica, que se encuentra entre el 91% y el 21,9%, dependiendo de los criterios específicos a los que se adscriba cada institución/centro terapéutico (Malivert et al., 2012). En todo caso, sí que existe acuerdo en que las personas que finalizan sus tratamientos con una AT tienen mejores resultados que aquellas que acaban con AV o cese (Fernández et al., 2008).

LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES A DROGAS

El 14 de marzo de 2020 comenzó el primer estado de alarma relacionado con la pandemia por COVID-19 en España. El Real Decreto incluyó medidas de contención de la infección del virus, destacando la instancia al confinamiento en el domicilio con algunas situaciones de excepcionalidad, como el desplazamiento al lugar de trabajo, la compra de productos esenciales, el cuidado de personas dependientes o causas de fuerza mayor (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2020a). El 21 de junio de 2021, después de seis prórrogas, acabó el primer estado de alarma. Tras ese mismo verano, y con un aumento significativo en el número de contagios, comenzó el segundo estado de alarma para todo el territorio nacional, que no incluyó medidas de confinamiento total pero sí un horario de toque de queda, desde las once de la noche hasta las seis de la mañana (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2020b).

Los estados de alarma y las diferentes formas de confinamiento total o parcial tuvieron una importante repercusión en las personas residentes en servicios sanitarios y sociales, especialmente de aquellas en situación de exclusión social y para las que las actividades de deambulación o de contacto con la comunidad eran esenciales (Calvo et al., 2020). A nivel internacional, respecto a los servicios de drogodependencias, el confinamiento provocó una disminución de los ingresos de pacientes debido a la reducción de los censos de centros derivadores y la insuficiencia de recursos para implementar medidas de control de infecciones, además de una mayor fatiga física y emocional de los equipos de profesionales. Respecto a las personas en tratamiento, el confinamiento provocó una menor retención en los servicios y un aumento de las barreras económicas y psicosociales para su reingreso (Pagano et al., 2021).

Con el estado de alarma se aprobó un plan de contingencia que se modificaba periódicamente para adaptar el

funcionamiento de los PT a la realidad de la pandemia. En España, durante aproximadamente ocho semanas, no se admitieron nuevos ingresos en los centros residenciales. Las formulaciones del plan de contingencia implicaron cambios sustanciales en la organización de los PT y en las estrategias metodológicas usadas hasta el momento. El uso de las TIC o el pensar creativo de los equipos terapéuticos promovieron el mantenimiento de las personas en tratamiento con una presencialidad muy restringida (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2020).

A su vez, cabe considerar algunos efectos positivos del impacto del confinamiento en las personas atendidas, como lo fueron una mayor atención a la higiene y la salud (Calvo et al., 2020), la expansión de la eSalud (Maudes y Calvo, 2020) y las mejoras operativas y el reconocimiento oficial del tratamiento del TUS como un servicio de atención socio sanitaria esencial (Pagano et al., 2021).

En ausencia de literatura científica en España sobre el efecto que tuvo el confinamiento de la pandemia por COVID-19 en los resultados de los tratamientos residenciales de drogodependencias, el objetivo de este trabajo fue comparar el número de AT en dos PT durante el año 2020 (primer año de pandemia por COVID-19), con respecto a los resultados de las tasas de AT de años anteriores.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La población objeto de estudio fue la totalidad de las personas atendidas en dos PT en Cataluña durante el año 2020, de los que se describió su perfil clínico y sociodemográfico, así como los motivos de salida de los recursos. Posteriormente, para comparar los datos del grupo atendido durante el año COVID-19, se extrajeron los datos de los motivos de salida de las personas atendidas en los mismos servicios entre los años 2010 y 2019.

MATERIALES

La información de las personas atendidas fue extraída de la base de datos interna de registro clínico y socioeducativo de los PT.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se describieron las variables sociodemográficas y clínicas de las personas en tratamiento atendidas en los PT durante el año 2020. Para ello se recapituló los datos de las variables género, edad, situación económico laboral y droga que motivó la demanda inicial de tratamiento.

Posteriormente se consultaron los tipos de salida del recurso de las personas atendidas ese mismo año 2020 y se compararon con los índices de AT de los años anteriores. Para ello se recapituló el listado completo de todas las personas que fueron atendidas en los PT durante los años 2010 al 2019, ambos incluidos. Finalmente se comparó el porcentaje de AT del año 2020 (año COVID-19) al porcentaje del total de los años anteriores (años no COVID-19), para determinar si se establecían diferencias respecto el porcentaje de ATs en ambos periodos.

El estudio cumplió con las recomendaciones éticas para la investigación clínica con seres humanos establecida en la conferencia de Helsinki (General Assembly of the World Medical Association, 2014).

DISEÑO

Se llevo a cabo un diseño transversal, observacional y analítico. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para describir la variable edad y frecuencias absolutas y relativas para describir las variables categóricas. Se compararon las variables categóricas AT al período de análisis (año COVID-19 o años anteriores) por medio del estadístico Ji cuadrado con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación igual o inferior a ,05.

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y MOTIVO DE SALIDA DURANTE EL AÑO 2020

Durante el 2020 se atendieron 67 personas, de las cuales 52 fueron hombres (77,6%) y 15 mujeres (22,4%), con una media de edad de 41,3 años (*D.T.* = 12,7). El 22,4% (*n* = 15) no tenían ingresos económicos, el 40,3% (*n* = 27) eran personas beneficiarias de prestaciones económicas y el 37,3% (*n* = 25) trabajaban o estaban en situación de baja laboral.

El 34,3% de la muestra (*n* = 23) iniciaron tratamiento por algún TUS relacionado con el alcohol, el 31,3% (*n* = 21) por TUS relacionados con la cocaína, un 28,4% (*n* = 19) por ambas drogas principales y el resto por otro tipo de sustancias. Durante el año 2020 estuvieron realizando tratamiento un total de 81 personas y lo finalizaron un total de 67.

De las personas que finalizaron su tratamiento en el año 2020 un 70,1% (*n* = 47) lo hicieron por AT, un 10,4% (*n* = 7) por AV, un 13,4% (*n* = 9) por cese y un 6,0% (*n* = 4) por CP.

PERSONAS ATENDIDAS Y MOTIVO DE SALIDA ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2020

El promedio anual de personas atendidas durante todo el periodo de análisis (2010-2020) fue de 91,9 personas (D.T. = 6,9; Rango = 81-112) de las que finalizaron una media anual de 76,3 personas (D.T. = 5,5; Rango = 67-91). Las AT emitidas durante el resto de los años se encuentran en un rango de entre el 46,7% (año 2012) y el 62,8% (año 2017) (tabla 1, figura 1).

Tabla 1

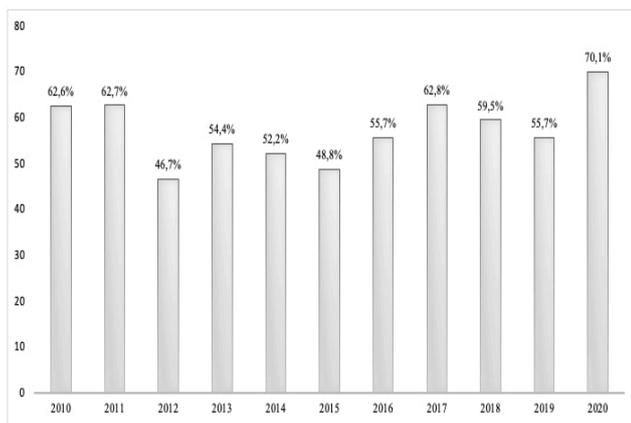
Relación de pacientes tratados en los pisos terapéuticos y tipo de salida del recurso por año natural.

| Año | Total personas atendidas | Total personas que finalizaron tratamiento ¹ | Tipo de salida del recurso | | | |
|------|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|------------|----------------------|
| | | | Alta terapéutica n (%) | Alta voluntaria n (%) | Cese n (%) | Cambio proceso n (%) |
| 2010 | 112 | 91 | 57 (62,6) | 9 (9,9) | 15 (16,5) | 10 (11,0) |
| 2011 | 89 | 75 | 47 (62,7) | 8 (10,7) | 9 (12,0) | 11 (14,7) |
| 2012 | 85 | 75 | 35 (46,7) | 16 (21,3) | 13 (17,3) | 11 (14,7) |
| 2013 | 97 | 79 | 43 (54,4) | 12 (15,2) | 12 (15,2) | 12 (15,2) |
| 2014 | 88 | 67 | 35 (52,2) | 12 (17,9) | 13 (19,4) | 7 (10,4) |
| 2015 | 102 | 84 | 41 (48,8) | 22 (26,2) | 13 (15,5) | 8 (9,5) |
| 2016 | 95 | 79 | 44 (55,7) | 16 (20,3) | 13 (16,5) | 6 (7,6) |
| 2017 | 94 | 78 | 49 (62,8) | 17 (21,8) | 9 (11,5) | 3 (3,8) |
| 2018 | 86 | 74 | 44 (59,5) | 12 (16,2) | 9 (12,2) | 9 (12,2) |
| 2019 | 82 | 70 | 39 (55,7) | 10 (14,3) | 12 (17,1) | 9 (12,9) |
| 2020 | 81 | 67 | 47 (70,1) | 7 (10,4) | 9 (13,4) | 4 (6,0) |

¹La diferencia entre el total de personas atendidas y el total de personas que finalizaron tratamiento se debe a personas que se encuentran en tratamiento con el cambio de año natural.

Figura 1

Porcentaje de altas terapéuticas por año natural.



El porcentaje medio anual de AT durante el periodo 2010 al 2020, ambos incluidos, fue de 57,3%. Al comparar las AT emitidas en el año 2020 (año COVID-19) con las emitidas el resto de los años (años no COVID-19) se observa que durante el año COVID-19 hubo una proporción más elevada de ATs (70,1% de ATs vs 56,2% de ATs; $\chi^2 = 4,250$; $gl = 1$; $p = ,039$).

DISCUSIÓN

Los principales resultados de este trabajo indicaron que durante el primer año de pandemia por COVID-19, en el que se aplicaron las medidas más restrictivas de confinamiento domiciliario para la población general, hubo un mayor número de altas terapéuticas de personas que realizaron tratamiento en los pisos terapéuticos de reinserción especializados en adicciones a drogas incluidos en este estudio, en proporción y comparación con los años anteriores a la pandemia.

Durante la pandemia por COVID-19 tanto la derivación como la retención en los recursos residenciales de drogodependencias se vieron reducidas a nivel nacional (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD], 2021). Ello fue consecuencia directa, primero, de las recomendaciones de los planes de contingencia que limitaron el número de ingresos durante el año 2020 y, segundo, de las restricciones de movilidad y de la atención sanitaria focalizada en la gestión de las emergencias (Pagano et al., 2021).

Pese a este contexto, los resultados obtenidos en este estudio mostraron un mayor éxito terapéutico de las personas que pudieron continuar su tratamiento durante la pandemia.

La pandemia por COVID-19 presentó retos importantes para las personas en tratamiento en los PT. En primer lugar, porque en la mayor parte de los casos atendidos la familia representa un papel muy relevante en el desarrollo del plan terapéutico individualizado, en tanto que se proponen objetivos que se dirigen a restablecer los lazos entre sus miembros. Así, al inicio del estado de alarma, las personas atendidas tuvieron que decidir seguir realizando tratamiento en el PT y, por tanto, reducir o renunciar al contacto con los familiares en determinados momentos del confinamiento (Servei Català de la Salut, 2020). En segundo lugar, porque las actividades comunitarias que se incluyen en los planes de trabajo individuales en el marco de un PT desaparecieron y, por ende, también gran parte de las motivaciones de las personas atendidas, especialmente en cuanto a la reinserción laboral se refiere, en un contexto con un mercado de trabajo muy afectado (Boscá et al., 2020) más allá de que para entender la complejidad económica del mundo real necesitamos modelos complementarios con enfoques diferentes (véase, por ejemplo, Blanchard y Summers, 2017; Reis, 2018 o Blanchard, 2018 y con los servicios de salud y

sociales desbordados (Fillat y González, 2020). Se suma que, como medida de prevención, el confinamiento contó con menos presencia directa de profesionales.

Por todo ello cabe destacar que las AT conseguidas por las personas en tratamiento se dieron en un periodo de gran presión, que no repercutió en un mayor abandono sino todo lo contrario. Una hipótesis para estos resultados se relaciona con el confinamiento en sí, traducido en un aumento de la contención forzosa. El tiempo en tratamiento, independientemente de los resultados, es ya un elemento de mejora en sí mismo (Guydish et al., 1999). El confinamiento, como factor de control formal externo, generó mayores posibilidades de permanecer en un contexto que potenciara los mecanismos de control internos; un tiempo *obligado* en tratamiento que influyó en las mejoras atribuidas habitualmente al tiempo de acogida en centros. Dicho de otro modo, la contención *obligada* por la instancia al confinamiento en los PT pudiera haber ayudado a incrementar el tiempo de tratamiento y, por ende, la posibilidad de recuperación. Líneas de investigación futuras podrían enfocarse en analizar los factores relacionados con estas hipótesis y resultados.

Cabe considerar algunas limitaciones en este estudio. En primer lugar, el AT es un constructo subjetivo, pues cada plan de trabajo terapéutico se ajusta a cada persona de forma individual. Es el equipo terapéutico el que decide, juntamente con la persona atendida, si se han conseguido afianzar los aprendizajes socioeducativos y psicosociales o no. Por lo tanto, existe la limitación intrínseca en este estudio por la consideración de la evolución de un constructo subjetivo. En todo caso, cabe tener en cuenta que este es un indicador habitualmente relacionado con el éxito del proceso de tratamiento de las adicciones en la literatura científica que, con sus limitaciones, está ampliamente aceptado por la comunidad especializada (de Leon y Unterrainer, 2020). Por otro lado, el estudio toma en cuenta rangos temporales ubicados en años naturales, pese a que las restricciones de movilidad debidas al estado de alarma no entraron en vigor hasta la finalización del primer trimestre de 2020 y continuaron más allá del año 2021. Sería una vía de investigación futura pues, contrastar si con la vuelta a la nueva normalidad ha existido una vuelta a proporciones de ATs menos elevadas y también por otro lado, replicar este tipo de estudios a otros centros terapéuticos especializados en drogodependencias para analizar el efecto que tuvo la pandemia por COVID-19 en el tratamiento de las adicciones a drogas.

CONCLUSIONES

En conclusión, pese a que el año 2020 fue el primer año de pandemia por COVID-19 y del establecimiento de las

medidas de confinamiento más rigurosas, que repercutió en un menor número de ingresos en los PT, la proporción de altas terapéuticas fue la más elevada de la última década en ambos servicios. Estos resultados ponen de relieve el trabajo desarrollado por los equipos terapéuticos para adaptarse a las circunstancias socio sanitarias y tratar de que las personas atendidas pudieran seguir beneficiándose de la oferta terapéutica socioeducativa y psicosocial, indispensable para la mejora de la calidad de vida de las personas que reciben atención en este tipo de recursos.

CONFLICTO DE INTERESES

Esta investigación ha sido desarrollada por profesionales responsables de los PT incluidos en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boscá, J. E., Doménech, R., y Ferri, J. (2020). Ciclo económico en España y equilibrio general: de la Gran Recesión a la Gran Pandemia (*). *Papeles de Economía Española*, 165, 170–183.

Calvo, F., Turró-Garriga, O., Solench-Arco, X., y Lorenzo-Aparicio, A. (2020). ¿Qué pasó con las personas en situación de sinhogarismo durante el confinamiento? Estudio sobre la percepción de profesionales sobre las medidas tomadas ante el estado de alarma por el COVID-19. *Revista de Educación Social*, 31, 373–403.

CatSalut. (2020). *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 als serveis de salut mental i addiccions*. [https://canalsalut.gencat.cat/web/content/A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-](https://canalsalut.gencat.cat/web/content/A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-de-leon-g-y-unterrainer-h-f)

de Leon, G., y Unterrainer, H. F. (2020). The therapeutic community: a unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 786. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00786>

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2020). *El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi*. https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/COVID_adicciones_euskadi.pdf

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. N., y Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment of addictions: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use and Misuse*, 43(10), 1362–1377. <https://doi.org/10.1080/10826080801922231>

Fillat, Á. C., y González-Juanatey, J. R. (2020). COVID-19. Las consecuencias sociales, sanitarias y cardiovasculares. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 20(SE), 1. [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(20\)30027-3](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(20)30027-3)

Gencat. (2021a). *Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias*. Drogas. Generalitat de Catalunya. https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/

Gencat. (2021b). *Comunidades terapéuticas*. Drogas. Generalitat de Catalunya. https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/comunitats_terapeutiques/

Gencat. (2021c). *Pisos de reinserción*. Drogas. Generalitat de Catalunya. https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/pisos_de_reinsercio/

Gencat. (2021d). *Red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias*. Drogas. Generalitat de Catalunya. https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/

General Assembly of the World Medical Association. (2014). World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 14–18.

Guydish, J., Sorensen, J. L., Chan, M., Bostrom, A., Werdegar, D., y Acampora, A. (1999). A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 428–434. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.428>

Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., y Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic

communities: A systematic review. *European Addiction Research*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.1159/000331007>

Maudes, G., y Calvo, F. (2020). *Nuevas tecnologías para afrontar el confinamiento por COVID-19 en los servicios de atención de FSC* - lasDrogas.info. <https://www.lasdrogas.info/opiniones/nuevas-tecnologias-confinamiento-covid19-servicios/>

Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2020a). *BOE-A-2020-3434 Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3434>

Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2020b). *BOE-A-2020-12898 Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2*. https://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-12898

Pagano, A., Hosakote, S., Kapiteni, K., Straus, E. R., Wong, J., y Guydish, J. R. (2021). Impacts of COVID-19 on residential treatment programs for substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 123, 108255. <https://doi.org/10.1016/J.JSAT.2020.108255>

PNSD. (2021). *Plan Nacional sobre Drogas - Pautas y publicaciones de las CCAA COVID-19*. https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/Covid-19/CCAA.htm

IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA PANDEMIA POR COVID-19: IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y DE LA CALIDAD DE LA CONVIVENCIA

Estrella Fátima Rueda Aguilar

Psicóloga Clínica Servicio Andaluz de Salud

Resumen: Esta investigación planteó un estudio transversal para evaluar el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en 136 estudiantes universitarios. El 58,8% fueron mujeres y el 41,2% hombres, con una edad media de 21,9 años. Los resultados preliminares mostraron que un 14,7% percibían bajo apoyo social, un 23,5% tenían un grado alto de desesperanza y/o un 11,6% manifestaban un nivel alto de estrés. Además, una mala calidad en la convivencia se relacionó con bajo apoyo social y un alto nivel de estrés; y un bajo apoyo social con un alto grado de desesperanza, de hiperactivación y de estrés. Por último, se encontraron diferencias de género en cuanto a la desesperanza, siendo los hombres los que presentaron puntuaciones más altas. Los datos analizados evidencian que el impacto psicosocial como consecuencia de la pandemia por COVID-19 podría estar afectando a un grupo emocionalmente más vulnerable a padecer mayor estrés subjetivo y desesperanza por la falta de apoyo social y/o mala calidad en la convivencia.

Palabras claves: COVID-19; Estrés; Apoyo social; Desesperanza; Ajuste psicosocial.

PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC: IMPORTANCE OF THE PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT AND THE QUALITY OF COEXISTENCE

Abstract: This research proposed a cross-sectional study to evaluate the psychosocial impact on 136 university students due to the COVID-19 pandemic. 58.8% were women and 41.2% men, with a mean age of 21.9 years. Preliminary results showed that 14.7% perceived low social support, 23.5% had a high degree of hopelessness and/or 11.6% showed an elevated level of stress. In addition, an inadequate quality of coexistence was related to low social support and an elevated level of stress; and low social support was related to a high degree of hopelessness, hyperactivity, and stress. Finally, gender differences were found in the hopelessness variable, men presented higher scores. In conclusion, the data analyzed show that the psychosocial impact as a consequence of the COVID-19 pandemic could be affecting a group that is emotionally more vulnerable to suffering greater subjective stress and hopelessness due to the lack of social support and / or poor quality of coexistence.

Keywords: COVID-19; Stress; Social support; Hopelessness; Psychosocial adjustment.

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, el Gobierno español declaró el estado de alarma para poder afrontar la crisis sanitaria que estaba provocando la pandemia por COVID-19 (RDL 463/2020, de 14 de marzo). Ese mismo mes, la Organización Mundial de la Salud (2020) informó de la situación de emergencia de salud pública y de pandemia internacional, y resaltó los altos niveles de estrés generados en la población por esta crisis. En este contexto, las consecuencias físicas derivadas de este coronavirus pronto se evidenciaron, mientras que el

gran impacto sobre la salud mental de la población se iba manifestando gradualmente.

La comunidad científica ha revisado las consecuencias sobre la salud mental surgidas durante la pandemia. Hasta el momento no se conocen con precisión las consecuencias que la COVID-19 tiene sobre la salud mental de las personas. Sin embargo, existen estudios que han demostrado una correlación alta y positiva entre la crisis de salud y graves problemas psicológicos (Espada et al., 2011; Liang et al., 2020).

Estudios anteriores que compararon participantes de una misma población que habían sido obligados a realizar una cuarentena frente a los que no, ya mostraban que el porcentaje de personas con niveles elevados de malestar psicológico era tres veces superior en el grupo de personas que habían estado en cuarentena (Taylor et al., 2008).

Una revisión reciente sobre el impacto psicológico de la cuarentena debido a enfermedades contagiosas indicó que la situación causa miedo en más del 20% de la población, tristeza en el 18% y culpa en el 10%, además de una alta prevalencia de angustia, estrés, depresión o mal humor (Brooks et al., 2020).

Rajkumar (2020) realizó una revisión sobre la relación entre la COVID-19 y la salud mental, destacando los síntomas de ansiedad y depresión (16-28%) y el estrés autoinformado (8%) como reacciones psicológicas comunes en la pandemia por COVID-19.

En el primer estudio nacional realizado en China tras la emergencia por COVID-19, el 35% de los participantes manifestó malestar psicológico derivado de la situación de emergencia y confinamiento, siendo este malestar superior en el grupo de mujeres frente al de hombres y en el grupo de personas mayores en relación con el resto de las edades (Qiu et al., 2020). En esta misma línea, Wang et al. (2020) encuentran en sus estudios que el 53,8% de la muestra clasificó el impacto psicológico como moderado o severo, señalando síntomas moderados o severos de ansiedad (28,8%), depresión (16,5%) y estrés (8,1%), con diferencias significativas para las mujeres.

Oliver et al. (2020), en sus investigaciones en la primera etapa de confinamiento debido a la COVID-19, hallaron sintomatología de ansiedad y depresión leve y sintomatología de estrés postraumático severo. Además indicaron que la calidad de la convivencia era una variable clave en el impacto psicológico, ya que una peor calidad se relacionó con puntuaciones más altas en estrés, concretamente en intrusión y evasión. Estos resultados están en sintonía con los modelos que explican la relación entre apoyo social y salud y que indican que el apoyo social tiene efecto directo o amortiguador sobre la salud, favoreciéndola directamente independiente de los niveles de estrés o protegiéndola de los efectos patógenos de los eventos estresantes. Por lo tanto, el apoyo social elevaría el bienestar emocional o físico (Roberto y Hernández, 1997).

Por su parte, Sandín et al. (2020) encontraron niveles elevados de impacto emocional reflejados en los miedos al coronavirus, los problemas de sueño y los síntomas emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud).

Algunos autores han señalado que los jóvenes y los estudiantes también han sido más vulnerables durante la pandemia por la COVID-19 debido al cierre de escuelas y

universidades y al aislamiento social, alterando el normal desarrollo de su educación (Cao et al., 2020). En un estudio comparativo, Maia y Dias (2020) encontraron que los estudiantes pandémicos tenían niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad y estrés en comparación a los que participaron en el estudio en el período normal, por lo que señalan que la pandemia tuvo un impacto psicológico negativo en los estudiantes. Además, en otro estudio reciente sobre el impacto de la COVID-19 se informa que las mujeres presentaron un mayor impacto psicológico y peor salud mental (Liu et al., 2020).

Aunque la literatura revisada refiere la influencia nociva de las cuarentenas vinculadas a epidemias sobre el ajuste psicosocial, algunos expertos indican que las consecuencias de la pandemia debida al COVID-19 pueden ser peores, pese a que aún faltan investigaciones rigurosas con muestras representativas de población (Salisbury, 2020; Thombs, et al., 2020).

En este contexto, se plantea este estudio con el objetivo de evaluar el impacto psicosocial del confinamiento debido a la pandemia derivada de la COVID-19, analizando cómo el apoyo social y la calidad de la convivencia influyen en la percepción de estrés y el nivel de desesperanza, y de identificar si existen diferencias de género.

Las hipótesis planteadas fueron:

- a. Los participantes con menor apoyo social y peor calidad en la convivencia manifestarán mayores niveles de estrés.
- b. Los participantes con menor apoyo social y peor calidad en la convivencia expresarán mayor nivel de desesperanza.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia se seleccionaron a 136 estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad de Sevilla. El 58,8% fueron mujeres y el 41,2% hombres, con una edad media de 21,9 años ($D.T. = 7,3$). La mayoría de los participantes eran solteros (67,6%), el resto tenían parejas con las que convivían (5,9%) o no (26,5%). Un porcentaje elevado vivían con su familia de origen (79,4%), y los demás vivían solos (2,9%), compartiendo casa (14,7%) o con otros (2,9%).

MATERIALES

Se utilizaron 3 escalas para la recogida de datos.

a. Cuestionario de datos sociodemográficos. Este cuestionario fue diseñado *ad hoc* para recoger información acerca del sexo, edad, estado civil y residencia actual de los participantes en el estudio. Además, incluyó una pregunta tipo Likert (de 1: Muy pobre a 4: Muy buena) sobre la calidad de la convivencia.

b. Escala Oslo-3 (Dalgard et al., 2006). Esta escala es una medida del apoyo social percibida. Inicialmente utilizaba 12 preguntas que representaban las relaciones sociales en diferentes ámbitos (familia, amigos y vecindario). Dalgard et al. (2006), teniendo en cuenta la capacidad explicativa de estos ítems sobre una medida de problemas de salud mental, seleccionaron los 3 que más se asociaban con problemas de salud mental, y crearon la versión utilizada en este estudio cuya principal ventaja es su brevedad y rapidez de aplicación. Esta escala forma parte de la lista de indicadores de salud de la Comunidad Europea (ECHI) desde 2014 y está clasificada como un indicador de envejecimiento saludable, de desigualdades de salud, de riesgos de salud prevenibles, y de salud mental, dado que es un indicador que mide un factor de protección en tiempos de estrés. Se responde según una escala tipo Likert (en los ítem 1 y 3 de 1 a 5, y en el ítem 2 de 1 a 4). El rango de puntuación total va de 3 a 14 puntos, y se clasifica como:

- Apoyo social pobre: entre 3 y 8 puntos.
- Apoyo social medio: entre 9 y 11 puntos.
- Apoyo social alto: entre 12 y 14 puntos.

El Alfa de Cronbach hallado en este estudio fue de ,9.

c. Escala de impacto de estresores (EIS-R) (Weiss y Marmar, 1997; Weiss, 1996). Baguena et al. (2001) realizaron la adaptación de esta escala a la población española. Este instrumento posee 22 ítems distribuidos en tres escalas: Intrusión, Evitación e Hiperactivación. El formato de respuesta de tipo Likert evalúa la intensidad de la sintomatología (de 1: nunca a 4: a menudo) relacionada con la angustia subjetiva resultante de un evento traumático de la vida. Presenta un 72% de sensibilidad para la detección de trastornos por estrés postraumático en relación con otros instrumentos psicométricos similares (Mouthaan et al., 2014). A partir de la puntuación total se obtiene un índice de severidad del malestar emocional o estrés subjetivo (Costa y Gil, 2007). El Alpha de Cronbach en este estudio osciló entre ,79 y ,92 para las subescalas y el total.

d. Escala de desesperanza (Beck et al., 1974). Se trata de una escala autoadministrada de 20 ítems, con respuestas dicotómicas (verdadero/falso). Evalúa el grado de desesperanza y la actitud del sujeto hacia las expectativas

inmediatas y a largo plazo, uno de los tres componentes de la triada cognitiva. El punto de corte se sitúa en 8, por lo que una puntuación superior indica un grado de desesperanza alto. Las puntuaciones obtenidas indican una medida de la severidad de desesperanza de manera que puntuaciones de:

- 0 a 3: Nivel mínimo o normal de desesperanza
- 4 a 8; Nivel leve de desesperanza
- 9 a 14; Nivel moderado de desesperanza
- 15 a 20: Nivel severo de desesperanza.

El Alfa de Cronbach encontrado en este estudio fue de ,89.

PROCEDIMIENTO

Los estudiantes participaron de manera anónima y voluntaria a través de la plataforma on-line de Google Form cuyo enlace se activó en el campo virtual de varias asignaturas cursadas en la Universidad de Sevilla- Antes de iniciar con el registro de respuestas completaron el documento de consentimiento informado. A continuación, se les solicitó los datos sociodemográficos (edad, género y nivel de estudios) y se les presentaron las tres escalas descritas. Previamente en clases y a través del tablón de anuncios de la misma plataforma se les informó de los objetivos de la investigación. En ningún caso se solicitaron datos personales que permitieran la identificación de la persona que respondía, por lo que la confidencialidad de la información y el anonimato fueron siempre preservados.

DISEÑO

En la presente investigación se realizó un estudio empírico transversal de carácter exploratorio, correlacional y comparativo.

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (versión 26). En primer lugar, se planteó un análisis exploratorio de datos con el fin de describir las principales variables del estudio, en segundo lugar, se indagó en las relaciones entre ellas a través de la prueba Correlación de Pearson, y en tercer lugar, una vez comprobados los supuestos de igualdad de varianza (Prueba de Levene; $p > ,05$) y de normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p > ,05$), se hallaron las prueba t de Student y Anova para la comparación y evaluación de las diferencias entre grupos.

Asimismo, se utilizó la d de Cohen (1988) para estimar el tamaño del efecto. El intervalo de confianza establecido para los análisis estadísticos fue del 95%, con un nivel de significación igual o menor a ,05.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis exploratorio de las variables principales del estudio se presentan en la tabla 1. Los datos indicaron que en general los participantes tienen una buena calidad en la convivencia, una percepción de apoyo social medio, bajo nivel de estrés subjetivo (intrusión, hiperactivación y evitación) y un grado de desesperanza normal.

En un análisis descriptivo más detallado de los datos, se observó que el 82,4% de los sujetos evaluaron la calidad de la convivencia familiar como buena o muy buena, un 14,7% como pobre y un 2,9% como muy pobre. Además, un poco más de la mitad de los participantes percibían un apoyo social medio (58,8%), un 14,7% un apoyo pobre y un 26,5% apoyo social alto. Asimismo, un 11,8% manifestaron un nivel grave de estrés y un 26,3% un nivel leve de estrés.

Por último, un 26,3% indicaron un grado moderado o severo de desesperanza, un 41,2% un nivel normal y un 32,3% nivel leve.

Tabla 1

Análisis exploratorio de las variables principales del estudio

| | Mínimo | Máximo | Media | D.T. |
|----------------------------|--------|--------|-------|------|
| Calidad de la convivencia | 1 | 4 | 3,1 | 0,7 |
| Percepción de apoyo social | 7 | 13 | 10,2 | 1,6 |
| Estrés subjetivo | 1 | 58 | 25,5 | 15,4 |
| Intrusión | 1 | 19 | 8,1 | 5,2 |
| Hiperactivación | 0 | 21 | 8 | 6 |
| Evitación | 0 | 21 | 9,4 | 5,6 |
| Desesperanza | 0 | 19 | 6,1 | 5,2 |

ANÁLISIS CORRELACIONAL

En el análisis de las relaciones entre las variables de estudio que se llevó a cabo se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre las variables apoyo social y estrés subjetivo (intrusión e hiperactivación), apoyo social y desesperanza, y relaciones positivas estadísticamente significativas entre estrés (intrusión, hiperactivación y evitación) y desesperanza (tabla 2).

Tabla 2

Análisis correlacional de las variables principales del estudio

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------|-------|------|------|------|------|----|
| Apoyo social | -- | | | | | |
| Intrusión | -,26* | -- | | | | |
| Hiperactivación | -,29* | ,87* | -- | | | |
| Evitación | -,17 | ,73* | ,68* | -- | | |
| Estrés subjetivo | -,26* | ,94* | ,93* | ,88* | -- | |
| Desesperanza | -,46* | ,38* | ,55* | ,38* | ,48* | -- |

* $p < ,05$.

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS SEGÚN TIPO DE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LA CONVIVENCIA

En este análisis se observó que una mala calidad en la convivencia se relacionaba significativamente con bajo apoyo social ($F_{(3,133)} = 3,885, p < ,05, d = 1,05$) y con alto nivel de estrés ($F_{(3,133)} = 7,906, p < ,05, d = 1,5$), y por lo tanto, también con sus dimensiones intrusión ($F_{(3,133)} = 7,375, p < ,05, d = 1,4$), hiperactivación ($F_{(3,133)} = 9,495, p < ,05, d = 1,8$) y evitación ($F_{(3,133)} = 3,978, p < ,05, d = 1,1$).

Por otro lado, un bajo apoyo social se relacionó significativamente con un alto grado de desesperanza ($F_{(2,133)} = 8,754, p < ,05, d = 1,5$) y de estrés ($F_{(2,133)} = 3,428, p < ,05, d = ,9$), en concreto de hiperactivación ($F_{(2,133)} = 6,523, p < ,05, d = 1,2$).

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

En el análisis de las diferencias de género sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable desesperanza ($t = 2,811, p < ,05$), siendo los hombres los que presentaban puntuaciones más altas (Media 8,1 y 4,5 respectivamente).

DISCUSIÓN

Esta investigación planteó evaluar el impacto psicosocial del confinamiento debido a la pandemia derivada de la COVID-19, considerando como el apoyo social y la calidad de la convivencia influyen en la percepción de estrés y el nivel de desesperanza. Los resultados obtenidos muestran que existe un grupo de estudiantes universitarios con peor ajuste psicosocial caracterizado por una percepción de bajo apoyo social, alto grado de desesperanza y/o alto nivel de estrés, concretamente de evitación, de hiperactivación o de intrusión, tal y como detectó la Organización Mundial de la

Salud (2020). En esta misma línea, Brooks et al. (2020), en su revisión sobre el efecto psicológico de estar en cuarentena por exposición a enfermedades contagiosas, ya indicaban tristeza, depresión y estrés en un porcentaje significativo de la población estudiada. De igual manera, Rajkumar (2020) en su estudio sobre la relación entre la COVID-19 y la salud mental, también resaltó la depresión y el estrés como unas de las reacciones psicológicas más habituales durante la pandemia. Así mismo, otros autores como Oliver et al. (2020) o Sandín et al. (2020) también encontraron esta misma sintomatología emocional reseñada; y más concretamente Maia y Dias (2020) resaltan el impacto psicológico negativo de la pandemia por COVID-19 en estudiantes.

Con respecto a las hipótesis planteadas, los datos analizados permitieron aceptarlas. Por un lado, los participantes que indicaron una peor calidad en la convivencia fueron los que percibían menos apoyo social y experimentaban mayores niveles de estrés, en sus tres dimensiones intrusión, hiperactivación y evitación, tal y como señalaron Oliver et al. (2020) en sus investigaciones donde evidenciaron la importancia de la calidad de la convivencia en el impacto psicológico y más concretamente en la vivencia de estrés. Por otro lado, los participantes que informaron de menos apoyo social fueron los que señalaron mayor grado de desesperanza y de estrés, particularmente de hiperactivación, siendo la falta de apoyo social un factor importante en el malestar psicológico vivenciado durante la pandemia debida a la COVID-19 en el sentido que explican Roberto y Hernández (1997) en su modelo de apoyo social y salud.

En cuanto a las diferencias de género, los hombres indicaron mayores niveles de desesperanza durante la pandemia por COVID-19 que las mujeres. No obstante, si se asumen estos niveles de desesperanza como un índice de malestar subjetivo, estos resultados no estarían en consonancia con los señalados por Qiu et al. (2020), Wang et al. (2020) o Liu et al. (2020), que informaron de niveles significativamente superiores de malestar psicológico en mujeres chinas derivado de la situación de emergencia creada por la pandemia por COVID-19.

Los resultados obtenidos presentan ciertas limitaciones por lo que requieren cierta cautela en su interpretación. En primer lugar, para la selección de la muestra se utilizó un criterio de selección no probabilístico por conveniencia que no permite la generalización de los resultados, por lo que sería de interés replicar esta investigación con una muestra elegida al azar y de mayor tamaño. En segundo lugar, el diseño transversal de la investigación no permite establecer relaciones de causalidad. La realización de

estudios con una metodología longitudinal permitiría clarificar la evolución temporal del impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en estudiantes universitarios. En tercer lugar, con el fin de descartar posibles sesgos de deseabilidad social debidos a la tendencia a dar una imagen socialmente aceptable en las medidas de autoinforme, pese a la validez de los cuestionarios utilizados y al anonimato y confidencialidad de los datos, sería conveniente recurrir a la triangulación metodológica, combinándola con otros procedimientos de evaluación cualitativa como el grupo de discusión o la entrevista.

CONCLUSIONES

A pesar de estas limitaciones y consideraciones, el presente estudio aporta una mayor comprensión del impacto psicológico y social que supone vivir una pandemia en pleno siglo XXI. Los datos aportados revelan el impacto psicosocial en un grupo de mayor vulnerabilidad emocional a las consecuencias de la pandemia por la COVID-19 con tendencia a padecer mayor estrés subjetivo y desesperanza por la falta de apoyo social y/o mala calidad en la convivencia. La implementación de medidas eficaces surge como una necesidad urgente para detectar a la población afectada, y para abordar los desequilibrios provocados sobre la salud mental y el ajuste psicosocial.

En definitiva, los hallazgos mostrados son de interés a la hora de proyectar intervenciones psicológicas que mejoren la salud mental y que faciliten el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de la pandemia por COVID-19. La planificación de su impacto y la puesta en práctica de medidas para paliarlas suponen líneas de acción tan necesarias como la vigilancia epidemiológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baguena, M.J., Villaroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de conducta*, 27(114), 581-604. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7061433.pdf>
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0037562>
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

Costa, G., y Gil, F. (2007). Propiedades psicométricas de la escala revisada del impacto del evento estresante (IES-R) en una muestra española de pacientes con cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(149), 311-332. <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1218>

Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vázquez-Barquero, J., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J., Page, H., y Dunn, G. (2006). Negative life events, social support, and gender difference in depression. A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 444-451. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>

Espada, J.P., Sussman, S., Huedo-Medina, T., y Alfonso J.P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 79-90. www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017110002

Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., y Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 1163, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>

Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., y Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSD during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>

Maia, B.R., y Dias, P.C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200067. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>

Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Reitsma, J.B., Gersons, B.P., y Olf, M. (2014). Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. *PLOS ONE*, 9(5), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097183>

Oliver, O., Sánchez, L.C., y García, J.M. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Confinement and Its Relationship with Meditation. *International Journal Environmental. Research. Public Health*, 17(18), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186642>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Covid-19 and violence against women What the health sector/system can do. Recuperado el 25 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., y Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2): e100213. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Rajkumar, R.P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52. Article102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE núm. 67 de 14 de marzo de 2020). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>

Roberto, L.C., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 425-435. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>

Salisbury, H. (2020). Helen Salisbury: Fear in the time of covid. *BMJ*, 368: m1286. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1286>

Sandín, B., Valiente, R.M., García-Escalera, J., y Chor, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Taylor, M.R., Agho, K.E., Stevens, G.J., y Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347>

Thombs, B.D., Bonardi, O., Rice, D.B., Boruff, J.T., Azar, M., He, C., Markham, S., Sun, Y., Wu, Y., y Krishnan, A. (2020). Curating evidence on mental health during COVID-19: A living systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110113>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., y Ho, C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Weiss, D.S. (1996). Impact of Events Scale-Revised. En H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 186-188). The Sidran Press.

Weiss, D.S., y Marmar, Ch. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press.

HÁBITOS DE JUEGO INFANTIL Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

Miguel Ángel López González y Silvia Álava Sordo

Centro de Psicología Álava Reyes, Madrid, España

Resumen: Se administró una encuesta a 1003 padres (31 %) y madres (69 %) españoles con el objetivo de conocer su opinión sobre el impacto de los hábitos de juego (deportivo, tradicional y tecnológico) de sus hijos en sus habilidades socioemocionales. Las opiniones de los padres reflejan falta de consenso respecto al impacto de las pantallas, mientras que muestran que el deporte, los juegos de ejercicio físico y los juegos tradicionales son valorados como muy beneficiosos para las habilidades socioemocionales de sus hijos. Además, los padres consideran que el deporte y los juegos de ejercicio físico son más beneficiosos para los varones, mientras que las manualidades benefician más las habilidades de las chicas. Por otro lado, los padres consideran que los juegos tradicionales, los juegos de ejercicio físico y las manualidades, son más beneficiosos entre los más pequeños. Estos resultados reivindican la importancia de los padres como fuente de información sobre sus hijos e hijas.

Palabras clave: desarrollo socioemocional, juego, opinión parental.

CHILDREN PLAYING HABITS AND THEIR IMPACT ON THE SOCIOEMOTIONAL DEVELOPMENT

Abstract: A survey collected the opinion of 1003 Spanish fathers (31 %) and mothers (60 %) about the impact of their children playing habits (sports, traditional and technological) on their children socio-emotional development. Parents' opinions about screens are heterogeneous, and parents considered playing sports, physical exercise games, and traditional games as the most beneficial for their children's socio-emotional development. Differences were found by gender; parents perceived that sport and physical exercise games are more beneficial for boys' socioemotional development. Crafts are more beneficial for girls' socioemotional development. There were also differences by age, parents perceived that traditional games, physical exercise games and crafts, are more beneficial among the little ones. These results vindicate the importance of parents as a source of information about their children.

Keywords: socioemotional development, play, parental report.

INTRODUCCIÓN

El juego facilita la adquisición de habilidades socioemocionales en la infancia (Erikson, 1997; Piaget, 1962; Vygotsky, 1978, citados en Lobel et al., 2017). Las habilidades sociales permiten relacionarse de forma adaptativa con los demás (García, 2018; Lynn, 2001).

Para definir las habilidades emocionales, recuperamos el modelo de habilidad de Inteligencia Emocional (Salovey

Nota del autor: cualquier mensaje con respecto a este título debe ser enviado al e-mail: miguellpez97@gmail.com

y Mayer, 1997) que establece que el desarrollo de una Inteligencia Emocional óptima requiere de la adquisición de cuatro habilidades emocionales, tales como la Percepción Emocional (habilidad para percibir las emociones propias y ajenas y responder de forma adecuada a las mismas); la Comprensión Emocional (habilidad para comprender las emociones propias en una situación); la Facilitación Emocional (habilidad para utilizar la información que nos transmiten las emociones y conseguir nuestros objetivos); y la Regulación Emocional (habilidad para gestionar de forma óptima las emociones).

VIDEOJUEGOS Y DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

Existe gran controversia respecto al impacto de los videojuegos sobre las habilidades socioemocionales de los niños y niñas. Numerosas investigaciones manifiestan que los videojuegos violentos correlacionan con síntomas emocionales como ansiedad y depresión (Cao et al., 2011; Hott, 2011; Kremer et al., 2014; Lobel et al., 2017), 194 children (7.27–11.43 years old; male = 98; Maras et al., 2015), baja autoestima (Cao et al., 2011; Trinh et al., 2015), problemas de conducta (Anderson y Bushman, 2001; Gentile et al., 2009; Guerrero et al., 2019; Hott, 2011; Mitrofián et al., 2009), somatizaciones y trastornos del sueño (Domingues-Montanari, 2017; Guerrero et al., 2019), dificultades en la comprensión emocional (Skalická et al., 2019) y dificultades sociales (Anderson y Bushman, 2001; Gentile et al., 2009; Griffiths, 2010; Kowert et al., 2014; Lemmens et al., 2011; Lobel et al., 2017; Trinh et al., 2015). Estos síntomas emocionales son más graves en los varones que en las niñas (Skalická et al., 2019; Trinh et al., 2015). Sin embargo, otros estudios evidencian que los videojuegos (violentos y no violentos) no impactan en la autoestima (Hott, 2011), y videojuegos como Pokémon GO correlacionan con buenas habilidades sociales y no influyen sobre las emociones (Ruiz-Ariza et al., 2018).

EJERCICIO FÍSICO Y HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES

El deporte suaviza síntomas ansiosos y depresivos (Amado-Alonso et al., 2019; Cao et al., 2011; Crews et al., 2004; Kremer et al., 2014), mejora la autoestima (Amado-Alonso et al., 2019; Ekeland et al., 2004), favorece el autoconcepto, la autoconciencia emocional, la tolerancia al estrés, la flexibilidad cognitiva y el optimismo (Amado-Alonso et al., 2019). Además, favorece habilidades asertivas, independencia, responsabilidad social, empatía y resolución de problemas (Amado-Alonso et al., 2019).

La presente investigación persigue los siguientes objetivos:

- a. Conocer los hábitos de juego de los menores españoles.
- b. Recoger la opinión parental acerca del impacto del juego sobre el Desarrollo Social y las diferencias por sexo y edad de sus hijos.
- c. Investigar la opinión parental acerca del impacto del juego sobre el Desarrollo Emocional y las diferencias por sexo y edad de sus hijos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron 1003 padres y madres españoles (69 % mujeres), con 42,16 años de edad media ($DT = 5,47$). Los participantes reportaron sobre 1003 menores (50 % varones), de edades comprendidas entre los 4 y los 12 años, y con una edad media de 7,98 años ($DT = 2,56$). El 19,20 % de los participantes procedían de Andalucía, el 16,80 % eran catalanes, el 14,60 % eran madrileños, el 10,80 % pertenecían a la Comunidad Valenciana y el 38,60 % al resto de comunidades y ciudades autónomas españolas. Las familias de la muestra tienen una media de 1,75 hijos menores de 18 años ($DT = ,65$). La Tabla 1 pueden consultarse el número de hijos de las familias de la muestra.

Tabla 1
Número de hijos de las familias de la muestra

| Número de hijos | % de familias |
|-----------------|---------------|
| 1 | 35,00 |
| 2 | 56,10 |
| 3 | 8,10 |
| 4 | 0,50 |
| 5 | 0,20 |
| 6 | 0,10 |

INSTRUMENTOS

Encuesta que recoge la opinión parental sobre hábitos de juego de sus hijos y su impacto en sus habilidades socioemocionales

Desde el centro de psicología Álava Reyes se elaboró una encuesta estructurada *ad hoc* de 18 preguntas de escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. Para responder a los objetivos de esta investigación se consultaron las respuestas a los ítems que refleja la Tabla 2. Para el ítem 1, las opciones de respuesta fueron: 5 = cinco o más horas; 4 = cuatro horas; 3 = tres horas; 2 = dos horas; 1 = una hora o menos. Para los ítems 9, 10, 11 y 12 las respuestas fueron: 5 = le ayuda mucho; 4 = le ayuda bastante; 3 = ni le ayuda ni va en su contra; 2 = pudiera ser un poco perjudicial; 1 = muy perjudicial.

Las actividades a las que se refieren cada uno de los ítems de la Tabla 2 son pantallas (consolas, tablets y ordenadores), juegos tradicionales (de mesa, construcciones, puzzles y muñecos/as), juegos de ejercicio físico (pelota, escondite, salto, piscina y columpios), deporte (general) y manualidades (plastilina y pintar).

Tabla 2
Ítems consultados

| | |
|---------|--|
| Ítem 1 | ¿Cuánto tiempo dedica tu hijo/a cada una de estas actividades a la semana? |
| Ítem 9 | ¿Crees que las actividades que realiza tu hijo/a favorecen su desarrollo social, es decir, le ayudan a relacionarse con los demás o resolver conflictos? |
| Ítem 10 | ¿Crees que las actividades que realiza tu hijo/a favorecen su percepción emocional, es decir, le ayudan a reconocer las emociones que siente él o ella o sus compañeros/as de juego? |
| Ítem 11 | ¿Crees que las actividades que realiza tu hijo/a favorecen su comprensión emocional, es decir, le ayudan a comprender por qué se siente de una determinada forma? |
| Ítem 12 | ¿Crees que las actividades que realiza tu hijo/a favorecen su regulación emocional, es decir, le ayudan a calmarse ante un enfado, a ponerse menos nervioso/a? |

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para llevar a cabo encuestas y entrevistas, la empresa IPSOS cuenta con un panel online en el que personas procedentes de todas las comunidades autónomas españolas aceptan participar en estas recogidas de datos. Cuando los sujetos se incorporan al panel, firman un consentimiento informado (apéndice).

El muestreo se realizó estableciendo tres cuotas, por edad de los hijos (4-6 años, 7-9 años y 10-12 años), por sexo de los hijos y por comunidad autónoma, completando cada cuota con los sujetos del panel de IPSOS. La elección de los menores sobre los cuales los padres informaban se realizó aleatoriamente, controlando las cuotas para una repartición representativa.

Posteriormente, la empresa IPSOS recogió los datos en junio de 2020, administrando la encuesta de forma auto cumplimentada y telemática a través de su panel, durante 12 minutos por cada participante. Se seleccionaron los informantes según el cumplimiento de los requisitos de las cuotas, independientemente de su sexo.

A continuación, los investigadores analizaron descriptivamente los datos, comparando las diferencias entre las opiniones de los padres según el sexo y la edad de sus hijos. Mediante IBM SPSS Statistics v25 se utilizó la prueba t de Student para analizar las diferencias por sexo y la prueba F de Snedecor para las diferencias por edad. En casos de incumplimiento de la homocedasticidad, se utilizaron *t* y *F* de Welch, respectivamente. Se estableció un nivel de confianza al 95 % y se utilizaron los índices de tamaño del efecto *d* (.20; .50; .80) y η^2 (.01; .06; .14). Como contrastes *post hoc* se utilizaron la Diferencia Mínima Significativa y, cuando se incumplió la homocedasticidad, Games-Howell.

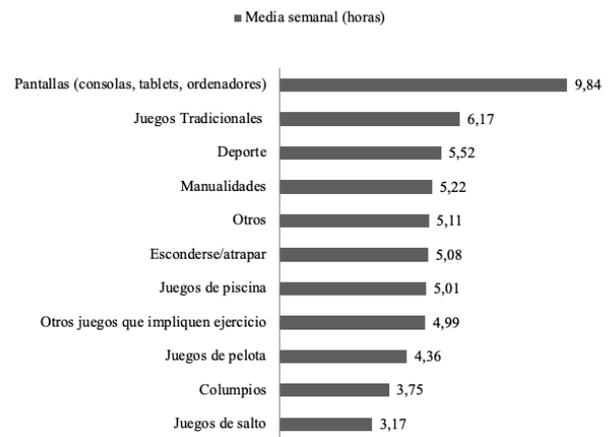
RESULTADOS

Hábitos de juego en menores españoles

La Figura 1 refleja que las pantallas son las más consumidas por los menores españoles ($M=9,84$; $DT=7,42$), seguidas de juegos tradicionales ($M=6,17$; $DT=5,63$) y el deporte ($M=5,52$; $DT=4,77$).

Figura 1

Consumo de juego de los menores españoles



En los siguientes análisis, la etiqueta 'juegos de ejercicio físico' aglutinan juegos de esconderse, de piscina, otros juegos de ejercicio físico, pelota, salto y columpios.

Opinión parental sobre el impacto del juego en Desarrollo Social

Según la Figura 2, los padres consideran el deporte como más beneficioso para el Desarrollo Social de sus hijos, seguido de juegos de ejercicio físico y juegos tradicionales. Respecto a las pantallas manifiestan opiniones muy heterogéneas.

Según el sexo de sus hijos, los padres consideran que el deporte beneficia más el Desarrollo Social de los varones, aunque con pequeño tamaño del efecto ($t(913) = 1,98$; $p = ,048$; $d = ,13$).

Según la edad de sus hijos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones parentales, con tamaño del efecto pequeño, respecto a las pantallas ($F(2,945) = 8,65$; $p < ,001$; $\eta^2 = ,018$) y los juegos tradicionales ($F(2, 631,86) = 3,55$; $p = ,029$; $\eta^2 = ,007$). Los contrastes *post hoc* establecieron que las pantallas son consideradas como menos favorecedoras para el Desarrollo Social a los 4-6 años y a los 7-9 años que a los 10-12 años ($p < ,001$; $p = ,003$, respectivamente), mientras que los juegos tradicionales lo benefician más a los 4-6 años que a los 10-12 años ($p = ,024$).

Figura 2

Opinión parental sobre juego y habilidades sociales (%)

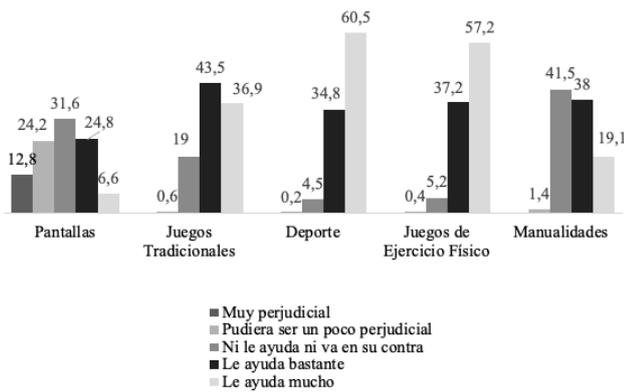
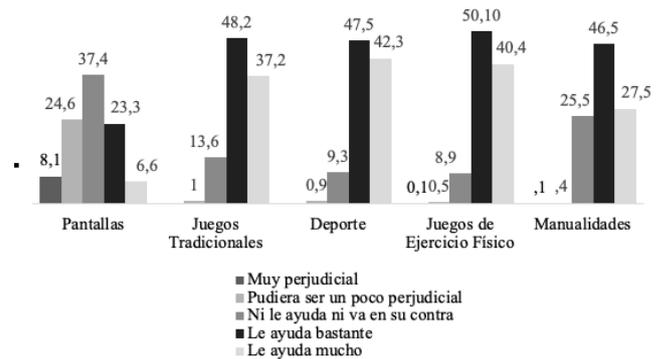


Figura 3

Opinión parental sobre juego y Percepción Emocional (%)



Opinión parental sobre el impacto del juego en Desarrollo Emocional

La Figura 3 muestra que los padres consideran los juegos de ejercicio físico, el deporte y los juegos tradicionales como las más beneficiosas para la Percepción Emocional de sus hijos. Respecto a las pantallas manifiestan opiniones muy heterogéneas.

Según el sexo de sus hijos, se encontraron diferencias entre las opiniones parentales, con tamaño del efecto pequeño, referidas a que las pantallas favorecen en menor medida la Percepción Emocional en varones ($t(940,44) = -1,98; p = ,048; d = -,13$) y que el deporte la beneficia más en varones ($t(730,23) = 12,33; p < ,001; d = ,03$).

Según la edad de sus hijos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones parentales respecto al deporte ($F(2,583,94) = 74,99; p < ,001; \eta^2 = ,190$), y diferencias, con tamaño del efecto pequeño, para los juegos tradicionales ($F(2, 629,01) = 10,41; p < ,001; \eta^2 = ,022$), los juegos de ejercicio físico ($F(2,991) = 3,76; p = ,024; \eta^2 = ,008$), y las manualidades ($F(2,908) = 5,02; p = ,007; \eta^2 = ,011$). Los contrastes *post hoc* manifiestan que los juegos tradicionales y las manualidades son consideradas más beneficiosas para la Percepción Emocional a los 4-6 años que a los 10-12 años ($p < ,001; p = ,002$, respectivamente) y lo mismo ocurre entre los 7-9 y los 10-12 años ($p < ,001; p = ,046$, respectivamente). En cambio, los padres consideran que los juegos de ejercicio físico y el deporte benefician más la Percepción Emocional a los 7-9 años comparados con los 4-6 años ($p = ,050; p < ,001$, respectivamente) y los 10-12 años ($p = ,008; p < ,001$, respectivamente).

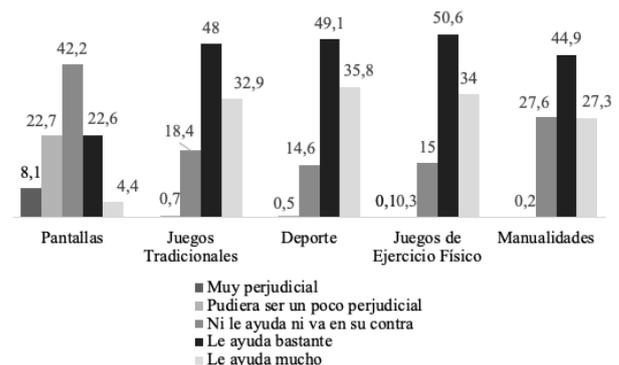
La Figura 4 refleja que los padres consideran el deporte, los juegos de ejercicio físico y los juegos tradicionales como los más beneficiosos para la Comprensión Emocional de sus hijos. No hay un consenso claro respecto a las pantallas.

Según el sexo de sus hijos, se encontraron diferencias entre las opiniones parentales, con pequeño tamaño del efecto, referidas a que el deporte ($t(913) = 2,63; p = ,009; d = ,17$) y los juegos de ejercicio físico ($t(986,74) = 3,45; p = ,001; d = ,22$) benefician en mayor medida la Comprensión Emocional en varones.

Según la edad de sus hijos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones parentales, con tamaño del efecto pequeño, referidas a los juegos tradicionales ($F(2,951) = 13,14; p < ,001; \eta^2 = ,027$), los juegos de ejercicio físico ($F(2,658,85) = 11,27; p < ,001; \eta^2 = ,020$) y las manualidades ($F(2, 951,63) = 6,17; p = ,002; \eta^2 = ,014$). Los contrastes *post hoc* manifiestan que los juegos tradicionales son considerados más beneficiosos para la Comprensión Emocional a los 4-6 años y a los 7-9 años comparado con los 10-12 años ($p < ,001; p < ,001$, respectivamente) y los juegos de ejercicio físico son más beneficiosos a los 4-6 años y a los 7-9 años, comparado con los 10-12 años ($p = ,002; p < ,001$, respectivamente). Las manualidades son más beneficiosas a los 4-6 años y a los 7-9 años, comparado con los 10-12 años ($p = ,003; p = ,010$, respectivamente).

Figura 4

Opinión parental sobre juego y Comprensión Emocional (%)



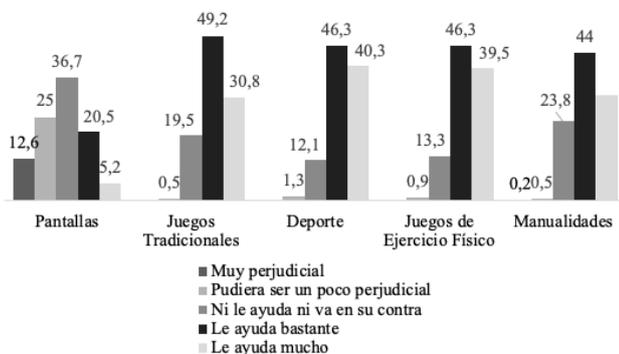
Según la Figura 5, los padres consideran que el deporte, los juegos de ejercicio físico y los juegos tradicionales son las más beneficiosas para la Regulación Emocional de sus hijos. Respecto a las pantallas tienen opiniones heterogéneas.

Según el sexo de sus hijos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones parentales, con pequeño tamaño del efecto, de forma que consideran que el deporte beneficia más la Regulación Emocional en los varones ($t(913) = 2,14$; $p = ,033$; $d = ,14$), mientras que las pantallas perjudican más la Regulación Emocional en los varones ($t(944,48) = - 2,96$; $p = ,003$; $d = - ,19$). Por otro lado, los progenitores consideran que las manualidades benefician más la Regulación Emocional en niñas ($t(909) = - 3,01$; $p = ,003$; $d = - ,20$).

Según la edad de sus hijos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones parentales, con tamaño del efecto pequeño, respecto a los juegos tradicionales ($F(2,951) = 7,45$; $p = ,001$; $\eta^2 = ,015$). Los contrastes *post hoc* manifiestan que los juegos tradicionales benefician en mayor medida la Regulación Emocional a los 4-6 años y a los 7-9 años, comparados con los 10-12 años ($p < ,001$; $p = ,003$, respectivamente).

Figura 5

Opinión parental sobre juego y Regulación Emocional (%)



DISCUSIÓN

Los padres consideran que el deporte, los juegos de ejercicio físico y los juegos tradicionales son los que más ayudan a sus hijos a la adquisición y al desarrollo de habilidades sociales y emocionales. La bibliografía es congruente con estos resultados, ya que manifiesta que la actividad física tiene efectos positivos a nivel emocional (Amado-Alonso, et al., 2019; Crews, et al., 2004; Ekland et al., 2004; Trinh, et al., 2015) y a nivel relacional (Amado-Alonso et al., 2019).

Las opiniones parentales reflejan una heterogeneidad respecto a las pantallas. Sería interesante investigar acerca de esta falta de consenso. Recuperando la bibliografía, podría pensarse que esta heterogeneidad se basa en el contenido

de los videojuegos que consumen los menores mediante las pantallas. Numerosas investigaciones concluyen que los videojuegos violentos correlacionan con problemas a nivel relacional (Anderson y Bushman, 2001; Gentile et al., 2009; Griffiths, 2010; Kowert et al., 2014; Lemmens et al., 2011; Lobel et al., 2017; Trinh et al., 2015). Por otro lado, otras investigaciones concluyen que los videojuegos que requieren trabajo en equipo correlacionan con habilidades sociales óptimas (Ruiz-Ariza et al., 2018). También existe bibliografía que manifiesta la ausente relación entre las pantallas y las emociones en los menores (Hott, 2011; Ruiz-Ariza et al., 2018), y publicaciones que concluyen el impacto perjudicial de las pantallas a nivel emocional (Anderson y Bushman, 2001; Cao et al., 2011; Domigues-Montanari, 2017; Gentile et al., 2009; Guerrero et al., 2019; Hott, 2011; Kremer et al., 2010; Lobel et al., 2017; Maras et al., 2015; Mitrofan et al., 2009; Skalická et al., 2019; Smith et al., 2018; Trinh et al., 2015).

Respecto a los varones, los padres consideran que los juegos deportivos benefician más su Desarrollo Social y Comprensión Emocional, y que las pantallas perjudican estas habilidades (coincidiendo con Skalická et al., 2019 y Trinh et al., 2015). Respecto a las chicas, los padres consideran que las manualidades son más beneficiosas para el desarrollo de la Inteligencia Emocional.

Según la edad de sus hijos, los padres consideran que los juegos tradicionales, las manualidades y los juegos de ejercicio físico son más beneficiosas para las habilidades socioemocionales conforme más pequeños son sus hijos. Además, consideran que las pantallas perjudican las habilidades sociales de los más pequeños y el ejercicio físico ayuda a percibir las emociones a los 7-9 años.

Entre las principales limitaciones de esta investigación, cabe destacar que se ha encontrado escasa evidencia empírica sobre el objeto de estudio. Además, se desconocen las propiedades psicométricas de la encuesta utilizada y no se han evaluado las habilidades socioemocionales de los menores con instrumentos estandarizados. Por otro lado, no se ha estudiado el contenido de los videojuegos que los menores consumen mediante las pantallas. Por último, en los análisis estadísticos, se han obtenido pequeños índices de tamaño del efecto, lo cual se debe al gran tamaño muestral, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas cuando realmente no existen a nivel poblacional.

CONCLUSIONES

No hay consenso parental respecto al impacto de las pantallas sobre las habilidades socioemocionales infantiles. Además, los padres consideran el deporte, los juegos de ejercicio físico y los juegos tradicionales como las más beneficiosas para estas habilidades.

Esta investigación contribuye a ampliar la evidencia científica acerca de las opiniones de los padres sobre el impacto de diferentes modalidades de juego sobre las habilidades socioemocionales de sus hijos. Además, refleja diferencias por sexo y edad de los menores entre estas opiniones, de forma que los juegos deportivos benefician más las habilidades socioemocionales de los varones y las manualidades de las niñas. Los juegos de ejercicio físico, los juegos tradicionales y las manualidades benefician estas habilidades en los más pequeños.

Para futuras investigaciones, se deben considerar las limitaciones planteadas. Metodológicamente, se deberían de realizar evaluaciones a menores con instrumentos estandarizados, así como estudios experimentales con grupo control, obtener medidas pre y post y estudios longitudinales.

Respecto a la práctica clínica, este trabajo reivindica el papel de los padres como fuente informativa.

La realización de la encuesta ha sido subvencionada por Mondelez (Galletas Príncipe).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado-Alonso, D., León-del-Barco, B., Mendo-Lázaro, S., Sánchez-Miguel, P. A., y Gallego, D. I. (2019). Emotional intelligence and the practice of organized physical-sport activity in children. *Sustainability*, 11(6), 1-11. <https://doi.org/10.3390/su11061615>
- Anderson, C. A., y Bushman, B. J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological science*, 12(5), 353-359. <https://doi.org/10.1111%2F1467-9280.00366>
- Cao, H., Qian, Q., Weng, T., Yuan, C., Sun, Y., Wang, H., y Tao, F. (2011). Screen time, physical activity and mental health among urban adolescents in China. *Preventive medicine*, 53(4-5), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.09.002>
- Crews, D., Lochbaum, M., y Landers, D. (2004). Aerobic physical activity effects on psychological well-being in low-income Hispanic children. *Perceptual and motor skills*, 98(1), 319-324. <https://doi.org/10.2466%2Fpms.98.1.319-324>
- Domingues-Montanari, S. (2017). Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 53(4), 333-338. <https://doi.org/10.1111/jpc.13462>
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K., Abbott, J., y Nordheim, L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Campbell Systematic Reviews*, 1(1), 1-52. <https://doi.org/10.4073/csr.2005.4>
- García, V. (2018). *Inteligencia Emocional de lunes a domingo. Un viaje práctico, directo y realista al centro de tu mente*. BookBoon
- Gentile, D. A., Anderson, C. A., Yukawa, S., Ithori, N., Saleem, M., Ming, L. K., Shibuya, A., Liao, A. K., Khoo, A., Bushman, B. J., Rowell, L., y Sakamoto, A. (2009). The effects of prosocial video games on prosocial behaviors: International evidence from correlational, longitudinal, and experimental studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(6), 752-763. <https://doi.org/10.1177%2F0146167209333045>
- Griffiths, M. D. (2010). Computer game playing and social skills: a pilot study. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 301-310.
- Guerrero, M. D., Barnes, J. D., Chaput, J. P., y Tremblay, M. S. (2019). Screen time and problem behaviors in children: Exploring the mediating role of sleep duration. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0862-x>
- Hott, C. V. (2011). Uso excesivo de videojuegos con contenido violento: Implicaciones en el desarrollo emocional infantil. *Revista de Psicología-Universidad Viña del Mar*, 1(2), 8-26.
- Kowert, R., Domahidi, E., Festl, R., y Quandt, T. (2014). Social gaming, lonely life? The impact of digital game play on adolescents' social circles. *Computers in human behavior*, 36, 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.04.003>
- Kremer, P., Elshaug, C., Leslie, E., Toumbourou, J., Patton, G., y Williams, J. (2014). Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. *Journal of science and medicine in sport*, 17(2), 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.012>
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., y Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in human behavior*, 27(1), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.015>
- Lobel, A., Engels, R., Stone, L., Burk, W. J., y Granic, I. (2017). Video gaming and children's psychosocial wellbeing: A longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 46(4), 884-897. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0646-z>
- Lynn, A. B. (2001). 50 Actividades para desarrollar la Inteligencia Emocional. HRD Press.
- Maras, D., Flament, M. F., Murray, M., Buchholz, A., Henderson, K. A., Obeid, N., y Goldfield, G. S. (2015). Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. *Preventive medicine*, 73, 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.029>
- Mitrofan, O., Paul, M., y Spencer, N. (2009). Is aggression in children with behavioural and emotional difficulties associated with television viewing and video game playing? A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 5-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00912.x>

Ruiz-Ariza, A., Casuso, R., Suárez-Manzano, S., y Martínez-López, E. (2018). Effect of augmented reality game Pokémon GO on cognitive performance and emotional intelligence in adolescent young. *Computers & Education*, 116, 49-63. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2017.09.002>

Salovey, P., y Mayer, J. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluytes (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (3-31). Basic Books.

Skalická, V., WoldHygen, B., Stenseng, F., Kårstad, S. B., y Wichstrøm, L. (2019). Screen time and the development of emotion understanding from age 4 to age 8: A community study. *British Journal of Developmental Psychology*, 37(3), 427-443. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12283>

Smith, S., Ferguson, C., y Beaver, K. (2018). A longitudinal analysis of shooter games and their relationship with conduct disorder and self-reported delinquency. *International Journal of Law and Psychiatry*, 58, 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.008>

Trinh, L., Wong, B., y Faulkner, G. (2015). The independent and interactive associations of screen time and physical activity on mental health, school connectedness and academic achievement among a population-based sample of youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(1), 17.

APÉNDICES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÉRMINOS Y CONDICIONES

PARA PARTICIPAR EN EL PANEL IPSOS ISAY (“TÉRMINOS Y CONDICIONES”)

Para ser miembro del Panel Ipsos iSay (el “Panel”), el panel mundial de consumidores de Ipsos, gestionado por Ipsos Interactive Services Limited (“IIS”/“nosotros”), tienes que ser residente en España, tener 16 años de edad o más y aceptar estos Términos y condiciones (el “Panelista”/“tú”). Ofrecemos a nuestros panelistas la posibilidad de participar hoy en la prueba y evaluación de los servicios y productos del mañana y de expresar sus opiniones sobre una amplia gama de temas. Tu voz representa la voz de miles de personas.

Ipsos Interactive Services Limited es una empresa constituida y registrada bajo las leyes de Inglaterra con el número 3903040 y con domicilio social en:

3 Thomas More Square
Londra E1W 1YW

1. CONTENIDO

2. Incorporación al panel
3. Uso de tu información personal
4. Política de correo electrónico
5. Registro de antecedentes
6. ¿Cómo funciona el panel?
7. Uso aceptable y participación
8. Privacidad de los niños
9. Premios por responder a las encuestas en línea
10. Cookies, huellas digitales, datos del dispositivo y otra información de tu dispositivo
11. Aviso de confidencialidad
12. Propiedad intelectual
13. Indemnización y limitación de la responsabilidad
14. Condiciones de participación
15. Cese o inactivación de la suscripción
16. Jurisdicción
17. Contacto

2. INCORPORACIÓN AL PANEL

Siempre que se cumplan los requisitos mencionados anteriormente, cualquier persona es libre de solicitar su suscripción al Panel. No obstante, nos reservamos el derecho de denegar la suscripción, sin necesidad de justificar dicha denegación.

La suscripción no está abierta a los empleados del grupo de empresas Ipsos ni a sus familiares directos.

3. USO DE TU INFORMACIÓN PERSONAL

La información que recopilemos sobre ti se tratará con la más estricta confidencialidad y de acuerdo con todas las leyes, reglamentos y normas aplicables, incluidas las relativas a la privacidad y los datos personales, así como nuestras políticas de privacidad y de cookies. Estas políticas son parte integrante de estos Términos y condiciones y puedes consultarlas aquí: <https://www.ipsosisay.com/es-es/privacy-policy> y <https://www.ipsosisay.com/es-es/cookies-policy>.

Como parte de este compromiso, prometemos que:

- Aparte de lo relacionado con este Panel, no intentaremos venderte nada ni pasar tu información personal a terceros con fines de marketing o ventas.
- Tus respuestas personales a las encuestas serán confidenciales y solo se utilizarán agrupadas con otras respuestas confidenciales, a menos que consentas explícitamente lo contrario.
- La negativa a responder a una pregunta concreta en una encuesta a la que se te invite o la negativa a participar en una encuesta no tendrá consecuencias con respecto a tu suscripción.
- Puedes solicitar la baja del Panel y poner fin a tu suscripción en cualquier momento.

4. POLÍTICA DE CORREO ELECTRÓNICO

Dado que te has registrado voluntariamente en el Panel y has confirmado tu dirección de correo electrónico, no debes marcar los correos electrónicos u otras comunicaciones que recibas de nosotros como “spam” o comunicación no solicitada, y podrías ser responsable de cualquier daño resultante para IIS.

Dependiendo de la configuración de seguridad de tu buzón de correo, las invitaciones a la encuesta que recibas de nosotros podrían dirigirse a tu carpeta de correo masivo/no deseado o similar. Para evitarlo, añade la dirección encuestasES@eu.ipsosisay.com a tu libreta de direcciones.

5. REGISTRO DE ANTECEDENTES

Con respecto a los análisis estadísticos que IIS entrega a sus clientes, IIS necesita cierta información demográfica y personal sobre ti, incluida información confidencial, por ejemplo, tus ingresos.

Proporcionar a IIS esta información personal es una condición para participar en cualquier encuesta, ya que de otro modo no nos sería posible determinar si tu participación en cualquier encuesta cumple con los criterios de la misma. También te pediremos algunos datos básicos sobre tu hogar, los hijos que tengas y de los que seas padre, madre o tutor legal.

Durante el proceso de registro y durante tu participación en nuestras encuestas de investigación, te comprometes a proporcionar únicamente información verdadera, precisa y completa. Además, te comprometes a actualizar la información relacionada con la cuenta del Panel que hayas proporcionado para asegurarte de que sigue estando actualizada y es precisa.

6. ¿CÓMO FUNCIONA EL PANEL?

Los panelistas recibirán los enlaces de invitación a la encuesta correspondientes por correo electrónico, SMS u otra comunicación electrónica de IIS. No hay ninguna obligación de responder a dichas encuestas. Cada encuesta debe completarse una sola vez. No marques los correos electrónicos de Ipsos iSay como “spam”, como se explica en la sección anterior. IIS no está obligado a enviar encuestas a todos los panelistas por cada nueva encuesta; tampoco puede garantizar un número mínimo o máximo de encuestas por año.

IIS ha adoptado importantes medidas de seguridad de los datos. Aun así, si apareciera algún virus en los correos electrónicos que se te envían, IIS no se hace responsable de las consecuencias que estos casos puedan acarrear y, por tanto, no se podrá reclamar ninguna compensación a IIS por ello.

7. USO ACEPTABLE Y PARTICIPACIÓN

Cuando exista la posibilidad, como panelista también tendrás acceso a la comunidad de miembros y a otras funciones de interacción social. Se da por sentado que entiendes que cualquier mensaje, opinión, información, imagen o cualquier otro material que publiques tú u otros panelistas es responsabilidad exclusiva de la persona que publique el material. Te comprometes a no publicar ni cargar ningún material que:

- Sea ilegal. Esto incluye cualquier contenido o mensaje que fomente o trate sobre actividades ilegales o anime a otros a cometerlas.
- Sea abusivo, obsceno o de odio. Esto incluye lenguaje, información o imágenes. Las palabrotas enmascaradas (por ejemplo, “j”der”) se consideran el equivalente a incluir la palabrota real.
- Sea amenazante, acosador, injurioso o difamatorio, ya sea entre los panelistas o dirigido a un moderador de IIS u otro empleado de IIS.
- Incite al odio o a la violencia.
- Sea intolerante u ofensivo racial, étnica, sexualmente o de otro modo.
- Sea un mensaje político o religioso inapropiado.
- Tenga como objetivo la publicidad o la comercialización de cualquier producto o servicio.
- Contenga virus, archivos corruptos, “caballos troyanos” o cualquier otro código malicioso.
- Contenga tus datos personales o los de otras personas.
- Sea propiedad o está bajo los derechos de autor de otra persona

Es importante tener en cuenta que IIS no preselecciona ninguna información publicada por los panelistas.

Sin embargo, IIS se reserva el derecho de eliminar cualquier contenido que se publique, ya sea a través de la herramienta de sondeos o de otras funciones interactivas que podamos poner a disposición de los panelistas en cualquier momento.

8. PRIVACIDAD DE LOS NIÑOS

Si has proporcionado información sobre los niños que viven en tu casa y has confirmado que eres el padre, la madre o el tutor legal, podríamos ponernos en contacto contigo en relación con las encuestas que nos gustaría que ellos completaran. En todo momento requeriremos tu consentimiento previo y no nos pondremos en contacto con dicho niño directamente, a menos que sea un miembro del Panel por derecho propio.

9. PREMIOS POR RESPONDER A LAS ENCUESTAS EN LÍNEA

Cada vez que completes una encuesta antes de la fecha límite, recibirás puntos u otro tipo de premio al completarla o participarás en un sorteo. El tipo y la cuantía del premio o del sorteo pueden variar en función de la dificultad de la encuesta, su duración u otros factores similares.

Si solicitas cancelar la suscripción del Panel, tendrás que canjear todos tus puntos de bonificación e intercambiarlos por vales antes de cancelarla; de lo contrario, perderás los puntos restantes y tu cuenta de puntos se eliminará automáticamente.

Puede haber casos en los que los puntos de las encuestas completadas recientemente no aparezcan inmediatamente en tu cuenta. En estos casos, los puntos se añadirán a tu cuenta posteriormente.

IIS se reserva el derecho, en cualquier momento, de aplicar un período de verificación (de un máximo de 96 horas), durante el cual tu premio se mantendrá en estado “Pendiente”. Durante este período, realizaremos controles de calidad y de prevención de fraudes. Te informaremos de los períodos de espera que sean aplicables, a través de la sección de preguntas frecuentes del sitio web de los miembros del Panel o por otros medios de comunicación, según la sección 14 que aparece más abajo.

Los miembros de Ipsos iSay recién registrados tendrán que esperar 96 horas desde la fecha del registro hasta que los premios se liberen del estado “Pendiente”.

Cuando el número necesario de panelistas haya respondido a una encuesta, o no te ajustes realmente al perfil, IIS o sus clientes tienen derecho a finalizar la encuesta en cualquier momento y no recopilar más respuestas. En tal situación, y en función de la fase alcanzada en cualquier encuesta, se puede conceder un número reducido de puntos o no conceder ninguno.

10. COOKIES, HUELLAS DIGITALES, DATOS DEL DISPOSITIVO Y OTRA INFORMACIÓN DE TU DISPOSITIVO

Nuestro objetivo es:

- Asegurarnos de que la encuesta te llega en un formato adaptado a tu dispositivo.
- Ayudar a proporcionarte apoyo en caso de que tengas dificultades para acceder o completar una encuesta.
- Utilizar información anónima siempre que sea posible para fines de investigación. Por ejemplo, para determinar el porcentaje de panelistas que utilizan un determinado tipo de navegador en un país concreto.
- Las razones por las que utilizamos las siguientes medidas se describen con más detalle en nuestra política de privacidad.

Cookies

Como se indica con más detalle en nuestra política de cookies, utilizamos diferentes tipos de cookies y también podemos leer cookies establecidas por terceros. Salvo con tu consentimiento previo, las cookies se utilizan con fines estadísticos, de control de calidad, de validación, de prevención y de control del fraude.

Huellas digitales

También podemos utilizar tecnología de impresión de huellas digitales, también conocida como huellas digitales de “identificación de máquina”, para recopilar determinada información sobre el hardware y el software de tu dispositivo.

Datos del dispositivo y otra información sobre el mismo

También podemos utilizar cierta información sobre el hardware y el software presentes en tu dispositivo con fines de control de calidad y prevención del fraude.

Asimismo, capturamos automáticamente información sobre tu dirección IP, datos de localización, sistema operativo, configuración de pantalla, tipo de navegador, uso de Flash y Java, y si tu dispositivo tiene cámara web.

11. AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Como participante en la investigación, es posible que se te pida que revises nuevos conceptos, productos y envases que aún están en desarrollo y, por tanto, no son conocidos por el público. Es posible que entres en contacto o se te permita ver, utilizar o tener acceso a cierta información o material no público, confidencial, con derechos de propiedad o secreto comercial, que sea propiedad única y exclusiva de nuestro cliente correspondiente, incluyendo, entre otros aspectos, información con respecto a los productos del cliente (en conjunto denominada, "Información confidencial"). No debes copiar, imprimir, almacenar, reenviar ni revelar a nadie, por ningún medio, la Información confidencial a la que tendrás acceso, y no debes utilizarla para otro fin que no sea el que te haya sido revelado.

12. PROPIEDAD INTELECTUAL

IIS poseerá y conservará la propiedad exclusiva de sus marcas comerciales, logotipos, derechos de autor, cualquier contenido de su sitio web y otros derechos de propiedad intelectual ("IP de IIS"). No puedes utilizar ni reproducir ninguna de las IP de IIS sin el consentimiento previo por escrito de IIS. Nada de lo dispuesto en estos Términos y condiciones se interpretará como la concesión de una licencia, derecho, título o interés en ninguna IP de IIS, ni ninguna patente, marcas registradas, propiedad intelectual, tutoriales o similares ahora o después de los cuales sean propiedad o sean controlados por IIS.

13. INDEMNIZACIÓN Y LIMITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

Te comprometes a indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a IIS y a cada uno de sus respectivos directivos, socios, clientes, gerentes, empleados, agentes y abogados, de y contra cualquier responsabilidad, reclamación, acción, demanda, procedimiento, sentencia, multa, daños, costes, pérdidas y gastos (incluidos los honorarios razonables de los abogados, las costas judiciales y/o los costes de liquidación) que surjan de o estén relacionados con: (i) tu pertenencia al Panel, (ii) tu participación en las encuestas de investigación realizadas por IIS, (iii) cualquier reclamación de terceros, o (iv) cualquier incumplimiento por tu parte de estos Términos y condiciones.

Cualquier acción ilegal o despectiva que causes durante tu pertenencia al Panel o tu participación en las encuestas de investigación realizadas por IIS, que pueda ser considerada como una infracción del derecho penal y/o civil, le da a IIS el derecho a buscar todos los recursos al respecto en toda la medida permitida por la ley y en igualdad. IIS renuncia a cualquier garantía, expresa o implícita, relacionada con tu suscripción al Panel y con tu participación en las encuestas de investigación realizadas por IIS, e IIS no tendrá responsabilidad alguna (incluyendo sin limitar la responsabilidad por cualquier daño indirecto, especial, incidental o consecuente), para ti o para un tercero, por tu suscripción al Panel y tu participación en las encuestas de investigación realizadas por IIS.

Liberarás y eximirás para siempre a IIS, clientes de IIS, cada una de sus compañías afiliadas y cada uno de sus respectivos oficiales, directores, accionistas, empleados y agentes de y contra todas las reclamaciones, litigios, causas de acción, demandas, pérdidas, responsabilidades, obligaciones, juicios, daños y perjuicios, costes y gastos de cualquier tipo (incluidos los honorarios razonables de los abogados) ("Pérdidas") que surjan directa o indirectamente de cualquier lesión, muerte, daño a la propiedad u otros daños sufridos o supuestamente sufridos por ti como resultado de la distribución, venta, consumo o uso o contacto con un producto en relación con cualquier investigación de prueba y evaluación de productos. Esto no se aplica a las Pérdidas que

puedan ser causadas por clientes de IIS o negligencia grave de IIS o cualquier responsabilidad por parte de ellos bajo cualquier responsabilidad aplicable del producto o la legislación de protección al consumidor.

14. CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN

IIS se reserva el derecho, en cualquier momento, de modificar los presentes “Términos y condiciones”. Te informaremos de cualquier actualización a través de la sección de preguntas frecuentes del sitio web de los miembros del Panel. De vez en cuando, podemos ponernos en contacto contigo por correo electrónico con fines de administración de la cuenta, así como a través de boletines de noticias por correo electrónico o anuncios especiales que contengan información clave relacionada con tu actividad como miembro del Panel y actualizaciones clave del Panel (“Actualizaciones de la suscripción”).

También podemos enviarte comunicaciones por correo electrónico sobre (i) las recompensas a las que puedes optar a través de tu participación en nuestras encuestas, y (ii) las nuevas campañas de compromiso del Panel que tenemos en relación con (nuevos) premios y/o canje del Panel (denominados colectivamente “Actualizaciones de participación”). Recibir estas actualizaciones de participación es opcional y puedes optar por dejar de recibirlas en cualquier momento utilizando el enlace de cancelación de la suscripción que se proporciona en esos correos electrónicos.

En algunos casos, las encuestas individuales pueden estar sujetas a condiciones adicionales de las que se te informará al comienzo de dicha encuesta. No tendrás ninguna obligación de aceptar dichas condiciones adicionales, pero esto puede afectar a tu derecho a participar en dicha encuesta.

15. CESE O INACTIVACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN

Puedes solicitar la baja de tu suscripción en cualquier momento. Puedes hacerlo enviando un correo electrónico a encuestasES@eu.ipsosisay.com o haciendo clic en el enlace correspondiente dentro del panel de control de tu cuenta online de Ipsos iSay. Ten en cuenta que pueden pasar hasta siete (7) días para procesar completamente tu solicitud y eliminar tu información de todos nuestros sistemas, por lo que es posible que sigas recibiendo algún que otro correo electrónico de IIS durante este tiempo. Si solicitas cancelar la suscripción del Panel, tendrás que canjear todos tus puntos de bonificación e intercambiarlos por vales antes de cancelarla; de lo contrario, perderás los puntos restantes y tu cuenta de puntos se eliminará automáticamente.

Podemos dar por terminada la afiliación en cualquier momento con un preaviso de diez (10) días. IIS también se reserva el derecho de cancelar tu suscripción al Panel sin previo aviso por cualquier conducta fuera de nuestros parámetros de calidad u objetivos comerciales, o cualquier otra infracción o incumplimiento de estos Términos y condiciones, la política de privacidad o las normas de las encuestas aplicables. En caso de que se produzca dicho cese, se te dará un plazo de diez (10) días para canjear todos los puntos de recompensa que se hayan acumulado debidamente antes de la fecha de rescisión.

La cancelación de tu suscripción al Panel por parte de IIS por uso o comportamiento fraudulento o por incumplimiento grave de estos Términos y condiciones, de la política de privacidad o de las normas de las encuestas, puede resultar en la pérdida inmediata de todos los premios o puntos que se hayan acumulado en relación con dicho uso, comportamiento o incumplimiento (incluidos aquellos puntos u otros premios que se encuentren en estado “Pendiente”, según sea el caso). El uso de la cuenta de panelista por una persona que no sea el panelista puede considerarse un uso no autorizado y puede ser motivo de rescisión inmediata y pérdida de puntos.

IIS se reserva el derecho de eliminar del Panel a los panelistas inactivos. Esto significa dar por terminada la suscripción de un panelista si este no tiene ninguna actividad en el panel o no responde a ninguna invitación de encuesta (haciendo clic en cualquier enlace de la encuesta) durante más de seis (6) meses. IIS te informará de dicha finalización y tendrás treinta (30) días para canjear los puntos restantes o reactivar tu cuenta, de lo contrario la cuenta de puntos respectiva se perderá y se borrará por completo.

16. JURISDICCIÓN

Estos Términos y condiciones se rigen por la legislación inglesa y la jurisdicción no exclusiva de los tribunales ingleses.

17. CONTACTO

Para obtener más información sobre nuestros paneles, la suscripción a los mismos o información relacionada con tu suscripción a uno de nuestros paneles, ponte en contacto con nuestro equipo de soporte técnico a los paneles. Se puede contactar con ellos a través de:

Enviando un electrónico enviado a: encuestasES@eu.ipsosisay.com con el asunto “Panel Ipsos iSay”

O enviando una carta a:

Ref: Ipsos iSay Panel

Panel Support Team
Ipsos Interactive Services Ltd
3 Thomas More Square
London
UK - E1W 1YW

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RESILIENCIA ENTRE AGRESORES VICTIMIZADOS Y NO VICTIMIZADOS EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

María J. Navas-Martínez y M. Carmen Cano-Lozano

Departamento de Psicología, Universidad de Jaén

Aunque investigaciones recientes muestran la conveniencia de estudiar perfiles de agresores violentos, todavía no se han analizado las características de diversos tipos de agresores en la violencia filio-parental (VFP). El objetivo fue examinar las diferencias en inteligencia emocional y en resiliencia entre dos grupos de agresores de VFP (con y sin experiencias de victimización familiar) y un grupo control (sin VFP y sin experiencias de victimización familiar). Participaron 977 adolescentes ($M_{edad} = 14,15$) de centros educativos andaluces. Se utilizó la Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law y la versión reducida de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson. Ambos grupos de agresores, respecto al grupo control, presentan puntuaciones más bajas en inteligencia emocional. Además, los agresores victimizados, respecto a los no victimizados, presentan puntuaciones más bajas tanto en inteligencia emocional como en resiliencia. Asimismo, bajos niveles de asimilación y de regulación emocional contribuyen en la predicción de la tipología de agresor victimizado. Se considera que la eficacia del tratamiento de la VFP dirigido a los menores victimizados podría mejorar si se conocen sus características específicas.

Palabras clave: COVID-19, Salud mental, Pandemia, Ayuda telefónica, Impacto psicológico.

ANALYSIS OF THE CALLS RECEIVED DURING THE COVID-19 CONFINEMENT BY THE PSYCHOLOGICAL TELEPHONE ASSISTANCE SERVICE (SAPT) OF THE PROFESSIONAL COLLEGE OF PSYCHOLOGY OF ARAGON

Abstract: Although recent research shows the relevance of studying profiles of violent aggressors, the characteristics of different types of aggressors in child-to-parent violence (CPV) have not yet been analyzed. The objective was to examine the differences in emotional intelligence and resilience between two groups of CPV aggressors (with and without family victimization experiences) and a control group (without CPV and without family victimization experiences). A total of 977 adolescents ($M_{age} = 14.15$) from Andalusian schools participated. The Wong and Law Emotional Intelligence Scale and the short version of the Connor and Davidson Resilience Scale were used. Both groups of aggressors, compared to the control group, obtain lower scores in emotional intelligence. In addition, the victimized aggressors, compared to the non-victimized, obtain lower scores on both emotional intelligence and resilience. Likewise, low levels of assimilation and emotional regulation contribute to the prediction of the victimized aggressor typology. It is considered that the effectiveness of CPV treatment aimed at victimized adolescents could be improved if their specific characteristics are known

Keywords: Emotional intelligence, Profiles, Resilience, Family victimization, Child-to-parent violence.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas de mayor repercusión social en la actualidad dentro del ámbito de la Psicología Jurídica del Menor es el de la violencia filio-parental (VFP). Este tipo de violencia familiar hace referencia a una serie de conductas que lleva a cabo el o la adolescente y que van destinadas a causar un daño físico, psicológico o económico hacia una madre o un padre con el objetivo de ejercer control y

dominio sobre ellos y conseguir lo que desea (Cottrell, 2001). Para considerar que se trata de VFP, las conductas violentas deben ser intencionadas además de reiteradas en el tiempo (Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018). De este modo, la violencia causada por trastornos mentales y del desarrollo o la violencia aislada no forman parte del fenómeno (Pereira et al., 2017). En España, durante el año 2020 se incoaron 4.669 procedimientos por delito de maltrato familiar, o VFP (Fiscalía General del Estado, 2021). Las elevadas cifras

de casos de VFP que se registran anualmente, así como las innumerables consecuencias negativas que produce en menores y familias justifican la necesidad de profundizar en este tema de investigación.

Actualmente, algunos trabajos muestran la necesidad de estudiar tipos o perfiles de agresores, por ejemplo, en la violencia de género (p.e., Rodríguez-Franco et al., 2017) al encontrar características diferenciales entre distintos tipos de agresores de este tipo de violencia. Sin embargo, en el campo de la VFP todavía no se ha desarrollado esta perspectiva. En esta línea, existe un fuerte respaldo empírico que avala que la victimización familiar, referida tanto al maltrato de los progenitores hacia hijos e hijas como a la exposición a violencia en el hogar, es uno de los predictores más potentes de la VFP (ver revisión de Gallego et al., 2019). En estas circunstancias es posible que hijos e hijas perciban falta de calidez en la relación con sus progenitores, percepción que ha demostrado tener importantes repercusiones psicológicas negativas en los adolescentes (Cano-Lozano et al., 2020). De este modo y, consistente con el actual enfoque adoptado en otros trabajos sobre otros tipos de violencia familiar, el presente estudio analiza un perfil de adolescentes que ejerce VFP relacionado con la experiencia de victimización o violencia por parte de sus progenitores (maltrato infantil o exposición a violencia entre ellos).

Una de las características de los adolescentes que ejercen VFP es el déficit emocional. Por ejemplo, un estudio realizado con una muestra forense encuentra que los menores con delito de VFP obtienen puntuaciones significativamente más bajas en inteligencia emocional que los menores con otros delitos (Contreras y Cano-Lozano, 2016), capacidad definida en 1990 por Salovey y Mayer como aquella que posee una persona para gestionar los sentimientos y emociones propias y las de los demás con el objetivo de orientar el pensamiento y la conducta. En población comunitaria, Calvete et al. (2015) también encuentran una mayor dificultad para reconocer y expresar emociones entre los adolescentes que ejercen VFP respecto a los que no. Asimismo, se ha encontrado que la VFP se relaciona negativamente con algunos constructos de la inteligencia emocional, concretamente con la capacidad de regulación emocional y con el reconocimiento y la modulación de las propias emociones (Ibabe y Jaureguizar, 2009; Jaureguizar et al., 2013; Loinaz et al., 2017). Por último, también se ha señalado que los déficits en inteligencia emocional contribuyen significativamente en la predicción de la VFP (Contreras y Cano-Lozano, 2016; Lozano-Martínez et al., 2013).

Otra característica de los adolescentes involucrados en la VFP mucho menos estudiada es la resiliencia, o la capacidad de mantener una actitud adaptativa ante los conflictos y adversidades de la vida. En un estudio preliminar se ha

encontrado que la resiliencia se relaciona negativamente con la VFP y contribuye a predecir significativamente este tipo de violencia (Navas-Martínez y Cano-Lozano, 17-20 de julio de 2019), lo que, unido a una dificultad a la hora de gestionar las emociones podría facilitar en los adolescentes una respuesta violenta como forma de resolver situaciones conflictivas. También se encuentra una relación negativa entre la resiliencia y la conducta agresiva de los adolescentes en el contexto escolar (Gómez-Ortiz et al., 2015), sugiriendo la conveniencia de comprender mejor el papel que tiene esta variable en los casos de violencia en general y de VFP en particular.

Este estudio se planteó con el propósito de profundizar en las características que diferencian a los agresores de la VFP en función de haber experimentado victimización familiar o no. Concretamente, el primer objetivo fue analizar las diferencias en las puntuaciones de inteligencia emocional y de resiliencia entre tres grupos de adolescentes: uno que ejerce VFP con victimización familiar, otro que ejerce VFP sin victimización familiar y un grupo control que no ejerce VFP y sin experiencias de victimización familiar. Un segundo objetivo fue examinar la contribución de estas variables en la predicción del tipo de agresor (victimizado vs no victimizado).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron 977 adolescentes (50,5% chicos) con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años ($M_{edad} = 14,15$; $DT = 1,57$) procedentes de centros educativos públicos (56,5%) y concertado-privados (43,5%) de Córdoba y Granada (España). La muestra fue dividida en tres grupos siguiendo el procedimiento empleado en los estudios sobre tipos de agresores (p.e., Rodríguez-Franco et al., 2017) en cuanto a la aplicación de criterios de tolerancia cero de la violencia. Dado que todavía no hay datos disponibles sobre tipos de agresores en la VFP, se optó por seguir la metodología empleada en investigaciones previas. De esta manera, el grupo victimizado en el contexto familiar lo forma adolescentes que han ejercido VFP y han experimentado maltrato por parte de los progenitores o exposición a violencia entre ellos (26,3%), el grupo no victimizado lo forma adolescentes que han ejercido VFP, pero no han experimentado victimización familiar (36,5%) y el grupo control lo forma adolescentes que no han ejercido VFP ni han experimentado victimización familiar (37,2%).

MATERIALES

El *Cuestionario de Violencia Filio-parental, versión adolescentes* (C-VIFIP, Contreras et al., 2019) evalúa la frecuencia de conductas de violencia psicológica, física, económica y también aquellas destinadas a controlar

y dominar a la madre ($\alpha = ,62$) y al padre ($\alpha = ,61$) separadamente a través de 14 ítems paralelos con una escala de respuesta Likert (0 = *nunca*; 4 = *muy a menudo -6 veces o más*). Se utiliza para la clasificación de los participantes en los grupos del estudio aplicando el siguiente criterio: alguna conducta de violencia hacia la madre o hacia el padre es ejercida al menos una vez.

La *Escala de Exposición a la Violencia, versión adaptada* (EEV, Calvete et al., 2014) evalúa la frecuencia de conductas de violencia psicológica, física y verbal por parte de los progenitores y la frecuencia de exposición a violencia entre ellos a través de 9 ítems ($\alpha = ,84$) con una escala de respuesta Likert (0 = *nunca*; 4 = *todos los días*). Esta escala también se utiliza para la clasificación de los participantes en los grupos del estudio aplicando el siguiente criterio: alguna conducta de violencia por parte de los progenitores o alguna conducta de violencia entre los progenitores es experimentada al menos una vez.

La *Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law* (WLEIS, Wong y Law, 2002, validación española Extremera et al., 2019) evalúa cuatro dimensiones de la inteligencia emocional (percepción intrapersonal de emociones, percepción interpersonal de emociones, asimilación o uso de las propias emociones y regulación de las propias emociones) a través de 16 ítems ($\alpha = ,87$) con una escala de respuesta Likert (1 = *completamente en desacuerdo*; 7 = *completamente de acuerdo*).

La *Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, versión reducida* (CD-RISC-10, Connor y Davidson, 2003, validación española Notario-Pacheco et al., 2011) proporciona

una medida global de la capacidad de resiliencia o de adaptación a situaciones adversas a través de 10 ítems ($\alpha = ,81$) con una escala de respuesta Likert en la que se señala el grado de acuerdo con cada afirmación (0 = *en absoluto*; 4 = *casi siempre*).

PROCEDIMIENTO Y DISEÑO

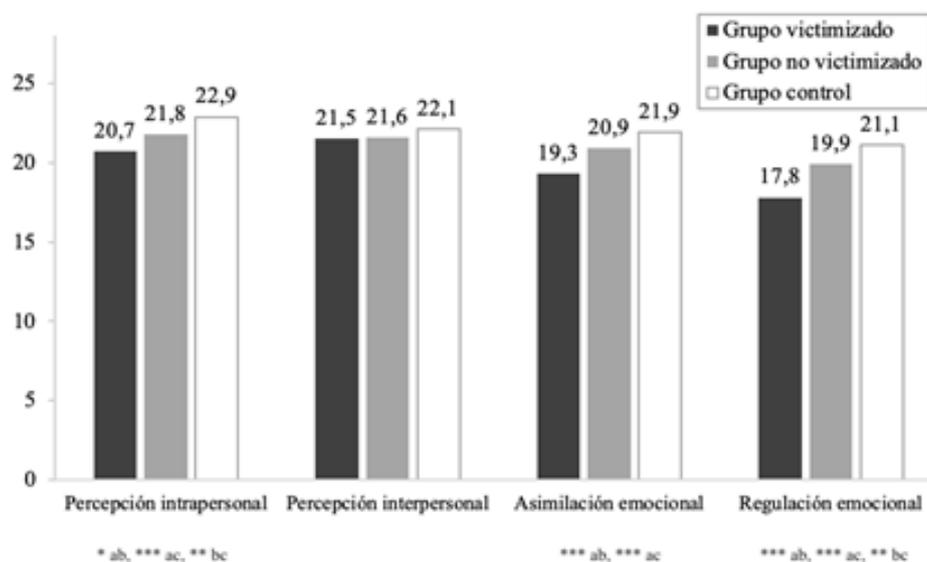
El Comité de Ética de la Universidad de Jaén emitió un informe favorable para realizar esta investigación (Referencia: MAR.18/5.PRY). A continuación, se obtuvieron las autorizaciones de la Administración Pública en materia de educación y de los centros educativos, así como los consentimientos informados de progenitores y adolescentes. La cumplimentación de los cuestionarios fue voluntaria, anónima y confidencial, estuvo guiada por una única evaluadora entrenada en la aplicación del protocolo y se desarrolló en las aulas de los centros durante el año 2019. El diseño de este estudio es descriptivo mediante encuestas y de corte transversal (Montero y León, 2007).

ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar las diferencias inter-grupales en las puntuaciones medias de inteligencia emocional y resiliencia se realizaron ANOVAs de un factor o de Welch según se cumplió o no el supuesto de homogeneidad de varianzas grupales con comparaciones múltiples post hoc Bonferroni o Games-Howell, y se proporcionó el tamaño del efecto

Figura 1.

Puntuaciones Medias en Inteligencia Emocional Según el Grupo

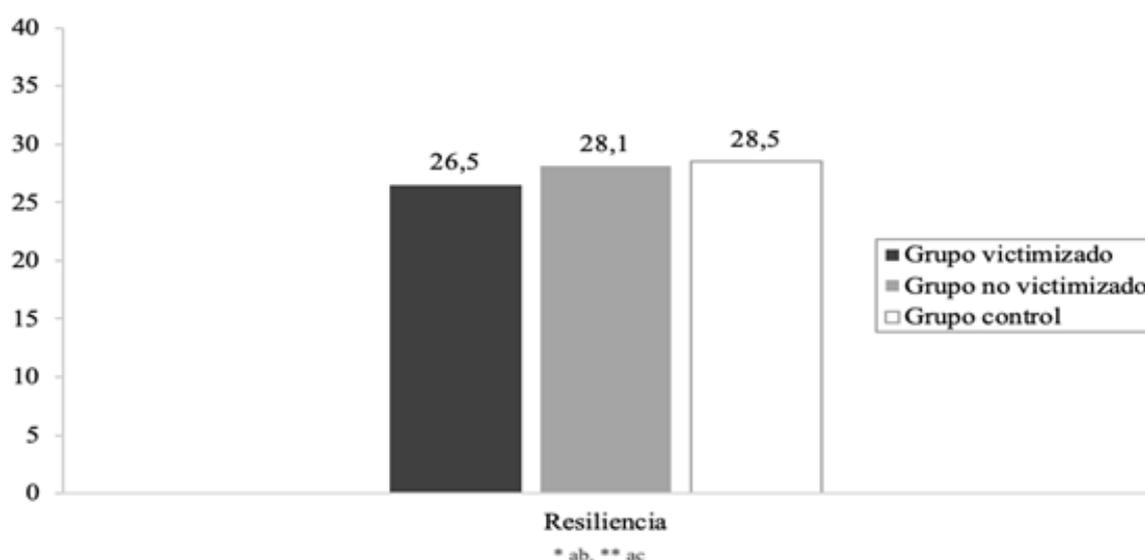


Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

^{ab}Diferencias entre el grupo victimizado y el no victimizado; ac Diferencias entre el grupo victimizado y el grupo control; bc Diferencias entre el grupo no victimizado y el grupo control.

Figura 2.

Puntuaciones Medias en Resiliencia Según el Grupo



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

^{ab}Diferencias entre el grupo victimizado y el no victimizado; ^{ac} Diferencias entre el grupo victimizado y el grupo control.

Tabla 1.

Regresión Logística Binaria de la Inteligencia Emocional y de la Resiliencia en la Predicción del Tipo de Agresor

| | <i>B</i> | <i>EE</i> | <i>Wald</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>Exp(B)</i> | <i>IC 95%</i> |
|--------------------------|----------|-----------|-------------|-----------|----------|---------------|---------------|
| Percepción intrapersonal | 0,01 | 0,02 | 0,52 | 1 | ,472 | 1,01 | [0,97, 1,06] |
| Percepción interpersonal | 0,03 | 0,02 | 1,61 | 1 | ,205 | 1,03 | [0,98, 1,07] |
| Asimilación emocional | -0,05 | 0,02 | 5,39 | 1 | ,020 | 0,95 | [0,91, 0,99] |
| Regulación emocional | -0,09 | 0,02 | 16,50 | 1 | ,000 | 0,92 | [0,88, 0,95] |
| Resiliencia | 0,00 | 0,01 | 0,06 | 1 | ,800 | 1,00` | [0,97, 1,04] |

Nota. Grupo de referencia: agresor victimizado.

de las diferencias inter-grupales. También se realizó una regresión logística binaria para analizar la contribución de la inteligencia emocional y de la resiliencia en la predicción del tipo de agresor. Al agresor victimizado se le asignó el valor 1 y al agresor no victimizado el valor 0. La significación de los parámetros del modelo se realizó a través de la prueba de Wald con un nivel de significancia $p < ,05$.

RESULTADOS

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en las dimensiones de la inteligencia emocional entre los tres grupos del estudio (ver Figura 1). En concreto, el grupo victimizado presenta puntuaciones más bajas: en percepción intrapersonal,

respecto al grupo no victimizado ($d = -0,23$) y al grupo control ($d = -0,47$), en regulación emocional, nuevamente respecto al grupo no victimizado ($d = -0,44$) y al grupo control ($d = -0,66$), y en asimilación emocional, respecto al grupo no victimizado ($d = -0,32$) y al grupo control ($d = -0,49$). A su vez, el grupo no victimizado se diferencia del grupo control con puntuaciones significativamente más bajas en percepción intrapersonal ($d = -0,25$) y en regulación emocional ($d = -0,24$).

También se encuentran diferencias estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en los niveles de resiliencia entre los grupos del estudio (ver Figura 2). En este caso, únicamente el grupo victimizado se diferencia de los otros dos, presentando puntuaciones más bajas respecto al grupo no victimizado ($d = -0,24$) y respecto al grupo control ($d = -0,29$).

El modelo de regresión logística fue estadísticamente significativo, $\chi^2(5, 616) = 34,96$, $p < ,001$, R^2 Nagelkerke = ,074, y clasificó correctamente el 63% de los casos. Como se muestra en la Tabla 1, bajos niveles de asimilación emocional y de regulación emocional contribuyen de forma estadísticamente significativa en la predicción del agresor victimizado.

DISCUSIÓN

Este estudio se planteó con el propósito de profundizar en las características que diferencian a los agresores de la VFP en función de haber experimentado victimización familiar o no.

El primer objetivo fue analizar las diferencias en las puntuaciones de inteligencia emocional y de la capacidad de resiliencia entre tres grupos de adolescentes: uno que ejerce VFP con victimización familiar, otro que ejerce VFP sin victimización familiar y un grupo control que no ejerce VFP y sin victimización familiar. Los resultados muestran que ambos grupos de agresores de VFP, ya sea con o sin experiencias de victimización, tienen una mayor dificultad para valorar, expresar, utilizar y regular las propias emociones respecto al grupo control. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han encontrado un peor ajuste emocional entre los adolescentes involucrados en la VFP comparados con los que no, ya sea en población forense (Contreras y Cano-Lozano, 2016) o comunitaria (Calvete et al., 2015). Sin embargo, una de las principales aportaciones de este estudio es haber encontrado diferencias entre ambos grupos de agresores de la VFP. Concretamente se ha encontrado que el agresor victimizado en el ámbito familiar se diferencia del agresor sin estas experiencias de victimización al tener mayor dificultad para autoevaluar su estado emocional y para utilizar y regular las emociones que experimenta.

Por otro lado, se encuentra que el grupo de agresores victimizados tiene una menor capacidad de resiliencia respecto al resto de grupos del estudio. Dado que esta variable ha sido muy poco estudiada en relación con la violencia en la etapa adolescente (Gómez-Ortiz et al., 2015; Navas-Martínez y Cano-Lozano, 17-20 de julio de 2019), los resultados no pueden compararse. Sin embargo, sugieren que los agresores de la VFP que tienen experiencias de victimización familiar muestran más dificultades a la hora de afrontar los conflictos y adversidades de la vida de una manera adaptativa respecto a los agresores de la VFP sin experiencias de victimización y respecto a los adolescentes no involucrados en la violencia ni en la victimización, siendo por tanto una característica habitual del agresor victimizado en la VFP. Lo anterior unido a los importantes déficits emocionales identificados en estos adolescentes apoya el

enfoque adoptado en esta investigación sobre la existencia de agresores en la VFP que presentan características diferenciales entre sí en función de tipos o perfiles específicos. Además, los hallazgos de este estudio van en la línea de lo encontrado en otros campos de estudio de la agresión acerca de la presencia de características diferenciales según el tipo de agresor (p.e., Rodríguez-Franco et al., 2017).

El segundo objetivo fue analizar si la inteligencia emocional y la resiliencia contribuyen en la predicción del tipo de agresor. Los resultados muestran que bajos niveles de asimilación emocional y de regulación emocional son factores que contribuyen a predecir la tipología de agresor victimizado. Estos hallazgos van en la línea de investigaciones previas en las que se ha encontrado que la inteligencia emocional (Contreras y Cano-Lozano, 2016; Lozano-Martínez et al., 2013) es una variable que predice la VFP. Sin embargo, el papel de la resiliencia aún no está claro, dado que, si bien investigaciones previas han encontrado que contribuye a predecir la VFP (Navas-Martínez y Cano-Lozano, 17-20 de julio de 2019), este estudio muestra que no predice la tipología de agresor victimizado en la VFP. Aunque se necesita investigación adicional, los resultados del estudio añaden información importante en la explicación de la VFP. Concretamente, el estudio muestra que el grupo de agresores victimizados tienen más problemas relacionados con la regulación y la utilización de sus propias emociones, y también una mayor dificultad en afrontar las situaciones conflictivas de manera adaptativa respecto al grupo de agresores no victimizados.

En resumen, este estudio encuentra que los adolescentes que ejercen VFP (con o sin victimización familiar) presentan más déficits emocionales que los adolescentes que no ejercen VFP, lo cual es consistente con la literatura previa (p.e., Calvete et al., 2015; Contreras y Cano-Lozano, 2016; Ibabe y Jaureguizar, 2009; Lozano-Martínez et al., 2013). No obstante, la principal aportación del estudio es que, en combinación con situaciones de victimización familiar los adolescentes que ejercen VFP se caracterizan por un peor ajuste emocional y adaptativo respecto a los adolescentes que ejercen VFP, pero no experimentan victimización familiar. Asimismo, bajos niveles de asimilación y de regulación de las propias emociones son dos factores que contribuyen a predecir la tipología de agresor victimizado en la VFP.

Este estudio muestra una serie de limitaciones. Por ejemplo, los criterios utilizados para clasificar a los adolescentes en agresores victimizados y no victimizados siguieron el planteamiento de tolerancia cero. Futuros estudios podrían comprobar si los resultados de este estudio se mantienen aplicando criterios de victimización reiterada. Por otro lado, dada la naturaleza transversal de este trabajo, el planteamiento de la presente línea de investigación podría verse beneficiada con investigaciones

longitudinales en las que se analice la secuencia temporal de la victimización familiar y de la VFP, con el fin de determinar qué tipo de violencia se da en primer lugar. Asimismo, los resultados se basan en el informe de los adolescentes, y de dos regiones concretas de España. En este sentido, sería interesante que futuros estudios complementen el informe de los adolescentes con el de los progenitores y repliquen la metodología en otras zonas y países.

A pesar de las limitaciones señaladas y, aunque se necesita profundizar en la investigación de estos aspectos, este trabajo muestra la necesidad de contemplar el estudio de la VFP desde la perspectiva de la victimización ya que los resultados sugieren que el tratamiento de la VFP aplicado a los menores victimizados tendría que adaptarse a las carencias específicas que presenta este perfil. Concretamente, futuras investigaciones podrían estudiar diferencias entre adolescentes con experiencias de victimización en el ámbito familiar e incluso en otros ámbitos cercanos al menor, como el escolar, y aquellos sin experiencias de victimización en las variables que han sido consistentemente relacionadas con la VFP y que han demostrado tener un papel relevante en la explicación de este comportamiento violento.

CONCLUSIONES

Consideramos que los avances en esta línea de investigación pueden tener importantes implicaciones para la práctica profesional ya que, el hecho de desarrollar perfiles de agresores en la VFP significa contar con una serie de antecedentes y consecuentes específicos de la conducta agresiva de los adolescentes clasificados en cada perfil sobre los que intervenir, lo que podría proporcionar una respuesta más eficaz a los menores y a las familias afectadas por la VFP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y García-Salvador, S. (2015). Social information processing in child-to-parent aggression: Bidirectional associations in a 1-year prospective study. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2204-2216. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0023-4>

Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a la violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de Psicología*, 30, 1176-1182. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.166291>

Cano-Lozano, M. C., Rodríguez-Díaz, F. J., León, S. P. y Contreras, L. (2020). Analyzing the relationship between child-to-parent violence and perceived parental warmth. *Frontiers in Psychology*, 11, 2998. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590097>

Connor, K. M. y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale

(CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Contreras, L. y Cano-Lozano, M. C. (2016). Social competence and child-to-parent violence: Analyzing the role of the emotional intelligence, social attitudes, and personal values. *Deviant Behavior*, 37, 115-125. <https://doi.org/10.1080/01639625.2014.983024>

Contreras, L., Bustos-Navarrete, C. y Cano-Lozano, M. C. (2019). Child-to-parent violence questionnaire (CPV-Q): Validation among Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.09.001>

Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parent by their teenage children*. Health Canada, Population and Public Health Branch, National Clearinghouse on Family Violence.

Extremera, N., Rey, L. y Sánchez-Álvarez, N. (2019). Validation of the Spanish version of the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS-S). *Psicothema*, 31, 94-100. <http://doi.org/10.7334/psicothema2018.147>

Fiscalía General del Estado. (2021). *Memoria anual*. https://www.fiscal.es/memorias/memoria2021/FISCALIA_SITE/index.html

Gallego, R., Novo, M., Fariña, F. y Arce, R. (2019). Child-to-parent violence and parent-to-child violence: A meta-analytic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11, 51-59. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2019a4>

Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Romera, E. M. y Ortega-Ruiz, R. (2015). Los estilos educativos paternos y maternos en la adolescencia y su relación con la resiliencia, el apego y la implicación en acoso escolar. *Anales de Psicología*, 31, 979-989. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.180791>

Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2009). Child-to-parent violence: Profile of abusive adolescents and their families. *Journal of Criminal Justice*, 38, 616-624. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.04.034>

Jaureguizar, J., Ibabe, I. y Strauss, M. A. (2013). Violent and prosocial behavior by adolescents towards parents and teachers in a community sample. *Psychology in the Schools*, 50, 451-470. <https://doi.org/10.1002/pits.21685>

Loinaz, I., Andrés-Pueyo, A. y Pereira, R. (2017). Child-to-Parent violence risk factors: An approach with expert judgement. *Acción Psicológica*, 14, 17-32. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.20747>

Lozano-Martínez, S., Estévez, E. y Carballo, J. (2013). Factores de riesgo individuales y familiares en casos de violencia filio-parental. Documentos de trabajo social: *Revista de Trabajo y Acción Social*, 52, 239-254.

Molla-Esparza, C. y Aroca-Montolío, C. (2018). Menores que maltratan a sus progenitores: Definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.001>

Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>

Navas-Martínez, M. J. y Cano-Lozano, M. C. (17-20 de julio de 2019). Relationship between child-to-parent violence, emotional intelligence and resilience [Ponencia]. *Annual Conference of the European Association of Psychology and Law*, 2019, Santiago de Compostela, España. <http://sepjf.org/>

Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63-68. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>

Pereira, R., Loinaz, I., Del Hoyo-Bilbao, J., Arrospide, J., Bertino, L., Calvo, A., Montes, Y. y Gutiérrez, M. M. (2017). Propuesta de definición de violencia filio-parental: Consenso de la Sociedad Española para el estudio de la violencia filio-parental (SEVIFIP). *Papeles del Psicólogo*, 38, 216-213. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2839>

Rodríguez-Franco, L., García, C., Juarros-Basterretxea, J., Fernández-Suárez, A. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2017). Generalist and specialist batterers in teen and young dating violence: Implications for development of prevention programs. *Acción Psicológica*, 14, 1-16. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.20743>

Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Wong, C. S. y Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly*, 13, 243-274. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00099-1)

INTERVENCIÓN TEMPRANA MEDIANTE EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Adela Lozano García

Residente de Psicología Clínica, Unidad de Gestión de Salud Mental, Hospital Universitario Virgen del Rocío

Resumen: El trastorno obsesivo compulsivo, TOC, es un trastorno mental caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Este trastorno causa un importante deterioro funcional en la persona, así como desencadena a menudo otro tipo de sintomatología como la ansioso-depresiva. La evidencia abala la eficacia de diferentes intervenciones, entre la cual se encuentra la exposición con prevención de respuesta. Así mismo, la evidencia indica que la intervención es especialmente eficaz si se inicia en las primeras semanas o meses tras la aparición del trastorno. En este texto, se muestra la intervención temprana realizada en un caso único con esta técnica a un paciente con diagnóstico de TOC, así como los resultados obtenidos tras la misma. Dichos resultados muestran una mejoría clínica y funcional del paciente, que estaría en consonancia con la evidencia disponible.

Palabras claves: Trastorno obsesivo compulsivo, Exposición con prevención de respuesta, Intervención temprana.

EARLY INTERVENTION THROUGH EXPOSURE WITH PREVENTIVE RESPONSE IN A CASE OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Abstract: Obsessive compulsive disorder, OCD, is a mental disorder characterized by the presence of obsessions and/or compulsions. This disorder causes significant functional impairment in the person, as well as often triggers other types of symptomatology such as anxiety-depression. Evidence supports the efficacy of different interventions, among which is exposure with response prevention. Evidence also indicates that intervention is especially effective if initiated in the first weeks or months after the onset of the disorder. In this text, we show the early intervention carried out in a single case with this technique in a patient diagnosed with OCD, as well as the results obtained after the intervention. These results show a clinical and functional improvement of the patient, which would be in line with the available evidence.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Exposure with preventive response, Early intervention.

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Según se recoge en la clasificación mundial de los trastornos mentales (CIE-10), las obsesiones son definidas como “ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada” (Organización mundial de la salud [OMS], 2010, p.102). Dichos pensamientos, son involuntarios, y la persona suele intentar resistirse a ellos, ya que a menudo, son desagradables. Por su parte, y siguiendo

a este mismo manual, las compulsiones son rituales, actos comportamentales que el individuo repite una y otra vez, de manera estereotipada que, aunque en sí mismos no son placenteros, ponerlos en marcha suele aliviar la ansiedad de la persona, que los lleva a cabo habitualmente para “prevenir un hecho objetivamente improbable” o “revertir un daño que pueda sobrecaer sobre la misma u otra persona”. Es habitual que la propia persona califique dichos comportamientos como carentes de sentido o eficacia, y como ocurría con las obsesiones, la persona intenta resistirse a ellos. La mayoría

de las personas con este diagnóstico suelen presentar tanto obsesiones como compulsiones, y estas suelen desencadenarles síntomas ansiosos y depresivos (OMS, 2010).

En cuanto a la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014), se describe que oscila según los diferentes estudios entre el 1 y el 3%, siendo similar entre hombres y mujeres, si bien, parece que el inicio de los síntomas es anterior en los primeros, que lo inician durante la adolescencia, y algo más tardío en las mujeres quienes suelen presentar los primeros síntomas en los primeros años de la adultez. Además, señala que es importante tener en cuenta que en 80% de los casos, los síntomas comienzan antes de los 18 años, si bien, es habitual que pasen diez años o más para que los pacientes, soliciten por primera vez atención clínica por estos síntomas. En la población Española, la prevalencia de este trastorno se sitúa en torno al 1.1% de la población según los datos aportados por el ministerio de sanidad (Ministerio de Sanidad, 2020).

Además, los síntomas pueden causar un deterioro funcional significativo, así como una perturbación emocional intensa, además, el TOC presenta una elevada comorbilidad asociada, con otros trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de tic, depresión mayor y suicidio. Habitualmente, el curso del trastorno es crónico, con altas tasas de recaídas (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Por su parte, hay varios tratamientos para el trastorno obsesivo compulsivo que han mostrado su eficacia en este trastorno, como son, la exposición con prevención de respuesta, las terapias cognitivas y los inhibidores de la recaptación de serotonina (Fonseca, 2021).

Además, se considera que los primeros meses o años desde la aparición de los síntomas del TOC constituyen el momento de mayor oportunidad terapéutica, por lo que quedaría justificada, de cara a la prevención, así como a disminuir los efectos negativos que este trastorno puede tener para la persona en las diferentes áreas de su vida (emocional, funcional, social, laboral...) el trabajar para la detección e intervención temprana del mismo. Así, la intervención temprana se refiere a la implementación de un tratamiento integral y multidisciplinar desde el reconocimiento de los síntomas de la enfermedad (en el plazo de semanas o meses desde este momento) (Crespo et al., 2005).

Con respecto a las intervenciones utilizadas en este caso, cabe definir la psicoeducación, como “una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica

actual y relevante para el abordaje de la patología” (Godoy et al., p.170). Los objetivos de la psicoeducación son mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, fomentar una mejor actitud hacia la misma así como comportamientos adecuados, y, en definitiva, mejorar la calidad de vida de los pacientes. La evidencia abala los efectos positivos de este tipo de intervención tanto en la calidad de vida como en la disminución del tiempo de recaída (Godoy et al., 2020).

Por su parte, la exposición con prevención de respuesta, está dentro de las llamadas “terapias conductuales” y consiste en exponerse a la “idea temida”, a la obsesión, y tolerar la ansiedad que ésta genera sin poder llevar a cabo la compulsión o ritual asociada.

En este texto se describe la intervención temprana realizada en un caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo, consistente en la aplicación de dos sesiones de psicoeducación seguidas de 10 sesiones de exposición con prevención de respuesta y la evolución ante las mismas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Varón de 24 años, con nivel de estudios universitarios, que refiere nivel socioeconómico medio. Niega antecedentes personales de Salud Mental, el inicio de los primeros síntomas lo ubica unos cinco meses antes de esta intervención, aunque su primer contacto con salud mental lo realizó aproximadamente un mes y medio antes de la misma.

Ha sido un chico con un buen rendimiento en las distintas áreas de su vida, académica (ha estudiado un grado universitario, ahora iba a realizar estudios de máster), familiar (refiere buenas relaciones familiares), social (tiene pareja y un grupo de amigos con los que se siente integrado), pero admite, que la aparición de los síntomas ha tenido una influencia negativa en todas sus áreas de funcionamiento. En la académica, refiere dificultades en la atención y concentración que se traducen en un menor rendimiento, en la social y familiar, describe cierta tendencia al aislamiento como consecuencia de sus obsesiones y compulsiones, así como peores relaciones derivadas de su peor ánimo, con más sentimientos de frustración, irritabilidad y apatía. En cuanto a sus obsesiones, estas eran de contenido sexual, en forma de imágenes mentales en el que el mismo mantiene relaciones sexuales homosexuales, y sus compulsiones de neutralización consistían en la repetición del nombre de una mujer que le atraía sexualmente en repetidas ocasiones.

Es un chico con buena capacidad de *insight*, con motivación al cambio y al tratamiento, con un nivel intelectual alto, lo que facilita la intervención, así como con un buen apoyo familiar y social. Ha mostrado una buena adherencia

al tratamiento, no habiendo faltado a ninguna de las citas programadas, y habiéndose comprometido con cada una de las tareas acordadas durante las distintas sesiones.

MATERIALES

a) Yale-brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989, citado en Storch et al., 2015): valora, mediante cinco variables (tiempo, interferencia, malestar, resistencia y control) los síntomas obsesivo-compulsivos, la gravedad del trastorno y los cambios que se han producido tras el tratamiento. A la hora de definir la gravedad de los síntomas, realiza la siguiente clasificación: 0–13 síntomas leves; 14–25 síntomas moderados; 26–34 síntomas moderados-severos; 35–40 síntomas severos.

b) Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R; Foa et al., 2002) está formado por 18 ítems agrupados en seis subescalas (Lavado, Comprobación, Orden, Neutralización, Acumulación y Obsesiones) y pretende medir las áreas más problemáticas de este trastorno.

c) Además, se realizó una entrevista clínica en la que se recogió información para confirmar el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo siguiendo los criterios del DSM-V, así como otra información relevante como la relativa al inicio y duración del problema, la evolución desde la aparición de síntomas hasta el momento de la evaluación, la repercusión e interferencia del trastorno en la vida del paciente y en el contexto familiar, o aquellos factores relacionados con la aparición y mantenimiento de los síntomas.

PROCEDIMIENTO

De forma previa a la realización de las sesiones de exposición con prevención de respuesta, se llevó a cabo una evaluación del paciente, para conocer la historia del problema, cuando se inició, como ha ido evolucionando, qué interferencia tiene en la vida de la persona etc.

Así mismo, y como requisito previo indispensable para poder llevar a cabo este tipo de terapia, se realizó el análisis funcional de la conducta obsesivo-compulsivo, el cual pretende encontrar la relación entre las obsesiones y compulsiones y otros factores ambientales, personales, familiares, etc. que permitan aumentar la comprensión acerca del funcionamiento y mantenimiento de los síntomas y así poder diseñar una intervención ajustada e individualizada.

Antes de realizar la intervención, se seleccionaron aquellas obsesiones con las que se trabajarían en las diferentes sesiones de exposición, realizándose una jerarquía

de exposición, comenzando por aquellas obsesiones que menor nivel de ansiedad generaban en el paciente, para ir progresivamente avanzando en dicha jerarquía.

La intervención consistió en la realización de 10 sesiones terapéuticas de 45 minutos de duración aproximadamente. Previamente a éstas, se realizaron con el paciente dos sesiones de psicoeducación de 90 minutos cada una acerca del trastorno obsesivo compulsivo. La psicoeducación fue realizada por parte de una enfermera especialista de salud mental, además, se entrenó al paciente en una técnica de relajación, como estrategia de afrontamiento de la ansiedad que pudiera aparecer en las diferentes sesiones.

El contenido de las sesiones de psicoeducación fue el siguiente: definición del trastorno obsesivo compulsivo, datos epidemiológicos acerca del mismo, explicación del modelo cognitivo que explica el trastorno y en el que se basan las intervenciones, variables relacionadas con el mantenimiento del trastorno, y finalmente, psicoeducación acerca del tratamiento del mismo.

En las primeras sesiones, la exposición con prevención de respuesta se llevaba a cabo exclusivamente durante la duración de la misma, pero, a medida que se iba avanzando en el tratamiento y que el paciente dominaba la técnica, se le animó a continuar con la práctica en casa, o en otras situaciones como los trayectos en autobús, de cara a que se produjera una generalización de la desensibilización producida ante las ideas obsesivas trabajadas.

Si durante la sesión, el nivel de ansiedad aumentaba en exceso, siendo percibido como intolerable por parte del paciente, se le permitía “hacer una pausa” en la exposición, poner en marcha alguna estrategia de manejo de dicha ansiedad como la respiración diafragmática, para después continuar con la práctica de exposición con prevención de respuesta.

Concretamente, la jerarquía de obsesiones que se trabajó con el paciente fue la siguiente:

1. Imágenes en las que se sentía atraído sexualmente por una persona de su mismo sexo.
2. Imágenes en las que participaba en relaciones sexuales sin penetración con una persona de su mismo sexo.
3. Imágenes en las que mantenía relaciones sexuales con penetración con una persona de su mismo sexo.

Como medida de cambio terapéutico se tomaron los resultados en la Yale-brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) y el Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R), así como la limitación funcional y malestar percibido por el paciente, estas últimas se midieron mediante

entrevista clínica. Todas las medidas fueron tomadas de manera previa a la intervención, en la “fase de evaluación” y posteriormente tras la intervención realizada.

DISEÑO

Se trata de un diseño de caso único, en el que se ha aplicado la terapia psicológica de referencia en TOC, exposición con prevención de respuesta.

RESULTADOS

La puntuación en la escala YBOCS, ha disminuido de una puntuación directa de 16 en la primera aplicación pretratamiento, correspondiente con síntomas moderados, a una puntuación de 2 en la última aplicación tras la intervención, correspondiente a síntomas muy leves.

Por su parte, los resultados en la escala OCI-R han disminuido de una puntuación de 13 en la medida pretratamiento, a una puntuación de 6 en la medida post tratamiento.

Así mismo ha disminuido el malestar subjetivo, la persona pasó de describir sintomatología ansioso-depresiva a describir la desaparición de la misma, acompañados de sentimientos de “empoderamiento personal” al verse capaz de afrontar con éxito sus dificultades, y también la interferencia funcional de la sintomatología en la vida del paciente, habiendo mejorado en su rendimiento académico, y habiendo disminuido de forma significativa la evitación social a la que la sintomatología le había llevado.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos apuntan a que el paciente se ha beneficiado de la intervención realizada hasta el momento, lo que se evidencia con una importante disminución de su puntuación en las escalas de medida, así como una mejoría clínica y funcional. Estos resultados están en consonancia con la evidencia existente a favor de esta terapia, así como a favor del tratamiento “intensivo” en los primeros momentos desde la aparición de la enfermedad. (Crespo et al., 2005).

No obstante, es necesario continuar con el seguimiento para comprobar que los cambios obtenidos por el paciente se mantienen a largo plazo, una vez que se pone fin a la realización de las sesiones de exposición con prevención de respuesta en consulta. En este sentido, está descrito que el trastorno obsesivo compulsivo, en la mayoría de las ocasiones, tiene un curso crónico, con periodos más “estables” e incluso de remisión, pero con otros de recaídas (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014), por ellos sería necesario un seguimiento a largo plazo para, como ya se anticipaba, poder concluir que la intervención ha sido

efectiva y que la disminución de los síntomas se mantiene en el tiempo. Lo ideal sería poder repetir las mismas medidas que se han utilizado de cambio terapéutico, longitudinalmente en varias ocasiones para este fin.

De cara a pensar en sacar conclusiones de carácter más general, hay que tener en cuenta, además, las limitaciones que los diseños de caso único tienen en este sentido. En primer lugar, el hecho de carecer de una muestra representativa, habiendo trabajado con una única persona, hace que no puedan extrapolarse los resultados obtenidos a la población general. Por otro lado, el no tener un grupo control, que no reciba la intervención planteada, hace que no se puedan descartar, por ejemplo, que los cambios puedan deberse a otras variables como “simplemente” al paso del tiempo. Además, no se han tenido en cuenta otros factores como, por ejemplo, la motivación al cambio o el locus de control que podrían también influir en los resultados obtenidos.

Las limitaciones de este tipo de estudios no deben hacernos perder de vista sus ventajas, como son el hecho de que nos permiten trabajar en un contexto clínico real, no teniendo que cambiar el contexto y la forma de relacionarse entre clínico y paciente. A menudo de hecho, estas intervenciones con caso único sirven para plantearse hipótesis y preguntas de investigación posteriores, o animan a continuar investigando en una dirección determinada (Wainer, 2012). En este caso, los resultados nos animan a continuar estudiando la eficacia de este tipo de intervención por sus prometedores resultados.

Con respecto a los instrumentos de medida, nos encontramos por un lado con las limitaciones propias de las escalas YBOCS y OCI-R, pero, sobre todo, el no haber utilizado medidas “objetivas” para la medición del malestar y la interferencia funcional, si no que se recogió en entrevista clínica, con la subjetividad que esta conlleva, dificulta el poder sacar conclusiones, así como el replicar la intervención aquí descrita.

CONCLUSIONES

Con respecto al caso concreto, la disminución de la sintomatología apunta a que el paciente se ha beneficiado de la intervención realizada hasta el momento. Estos resultados están en consonancia con la evidencia existente a favor de esta terapia, así como a favor del tratamiento “intensivo” en los primeros momentos desde la aparición de la enfermedad. No obstante, es necesario continuar con el seguimiento para comprobar que los cambios obtenidos se mantienen a largo plazo.

La metodología utilizada, no nos permite sacar conclusiones más allá de este caso concreto, y aunque tampoco este era el objetivo del trabajo, si no que consistía básicamente en la descripción del caso e intervención planteada, los buenos

resultados si nos deben animar a continuar trabajando en esta dirección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). *TOC Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Psicología Alianza Editorial.

Crespo, B., González, C., y Pelayo, JM (2005). *Programa asistencial para las fases iniciales de psicosis de Cantabria* (PAFIP). Masson.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485

Fonseca, E. (2021) *Manual de Tratamientos Psicológicos*. Adultos. Editorial Pirámide.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. DOI:[10.1016/j.rmcl.2020.01.005](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005)

Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A., y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado

(OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25(2), 217–226. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87481>

Ministerio de Sanidad (2020) Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

Organización mundial de la salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Storch, E. A., De Nadai, A. S., Conceição do Rosário, M, Shavitt, R.G., Torres, A.R., Ferrão, Y.A., Miguel, E.C., Lewin, A. B., y Fontenelle, L.F. (2015). Defining clinical severity in adults with obsessive– compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 63, 30-35. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.08.007

Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 214-222. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630260010>

INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Cristina Posse y M. Carmen Míguez

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidade de Santiago de Compostela (España)

Resumen: El objetivo principal de esta revisión es analizar qué terapias se utilizan para prevenir la depresión perinatal y cuáles han resultado más eficaces. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PsycINFO y Medline desde el 1 de enero de 2010 al 31 de enero de 2021. Se seleccionaron un total de 21 estudios: 3 intervenciones psicoeducativas, 14 intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y 4 basadas en la terapia interpersonal (TIP). Consiguieron reducciones significativas en la sintomatología depresiva 16. El enfoque que predomina en este ámbito es la TCC. Un total de 18 intervenciones se centraron en prevenir la depresión postparto. Las intervenciones se inician en el embarazo y su duración es de entre 5-9 sesiones. Aplicar sesiones de refuerzo durante el postparto constituye la mejor opción para mantener las reducciones de los síntomas más allá de las primeras semanas postparto.

Palabras clave: Depresión perinatal, Depresión postparto, Embarazo, Prevención, Intervenciones preventivas.

EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF PERINATAL DEPRESSION

Abstract: The main objective of this review is to analyze which therapies have been used to prevent perinatal depression and which have been most effective. A literature search was conducted in the PsycINFO and Medline databases from January 1, 2010 to January 31, 2021. A total of 21 studies were selected: 3 psychoeducational interventions, 14 interventions based on cognitive-behavioral therapy (CBT) and 4 based on interpersonal therapy (IPT). A total of 16 achieved significant reductions in depressive symptomatology. The predominant approach in this setting is CBT. A total of 18 interventions focused on preventing postpartum depression. Interventions are initiated in pregnancy and their duration is between 5-9 sessions. Postpartum booster sessions are the best option for maintaining symptom reductions beyond the first few weeks postpartum.

Keywords: Perinatal depression, Postpartum depression, Pregnancy, Prevention, Preventive interventions.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes afectando en mayor medida a las mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Dos momentos de gran vulnerabilidad para la depresión son el embarazo y el puerperio. Revisiones (Nisar et al., 2020) informan de una prevalencia entre 11,9%-16,3%. En el embarazo de 9%-19,7% (Nisar et al., 2020) y en el postparto de 12%-14,8% (Nisar et al., 2020). A nivel nacional, la prevalencia de depresión prenatal es de 5,6%-23,4% (Marcos-Nájera et al., 2020; Vázquez y Míguez, 2019), y de depresión postparto de 4,4%-9,3% (Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011).

La investigación ha encontrado que la terapia interpersonal (TIP) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son las intervenciones que mayor apoyo han recibido como terapias preventivas de la depresión perinatal (Dennis y Dowswell, 2013; Nardi et al., 2012; Sockol, 2018; USPSTF, 2019; Werner et al., 2015), siendo efectivas para reducir los síntomas depresivos y la prevalencia de los episodios depresivos. Las intervenciones psicoeducativas para la prevención de la depresión perinatal también están recomendadas en este ámbito (Stuart-Parrigon y Stuart, 2014).

Las *intervenciones psicoeducativas* se basan en proporcionar información durante el embarazo y el periodo postparto, sobre qué es la depresión, saber reconocer sus síntomas, aprendizaje de diversas estrategias para mejorar

la adaptación al nuevo proceso que supone la maternidad, etc. Aunque se trata de un componente básico que se aplica en todas las intervenciones, las que en este trabajo se presentan han querido analizar su efecto de manera exclusiva sobre la depresión. La *terapia cognitivo-conductual* se centra en modificar las cogniciones y comportamientos desadaptativos, así como en desarrollar estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas (Wright et al., 2017). La *terapia interpersonal* aborda problemas interpersonales, transiciones de rol, déficits interpersonales y duelo (Robertson, 1999). Las mujeres, durante el periodo perinatal, pueden experimentar problemas en alguna de las tres primeras, por lo que esta terapia podría resultar útil para prevenir la depresión perinatal.

El objetivo de esta revisión es analizar qué tipo de terapias resultan más eficaces para prevenir la depresión perinatal, así como sus características.

MÉTODO

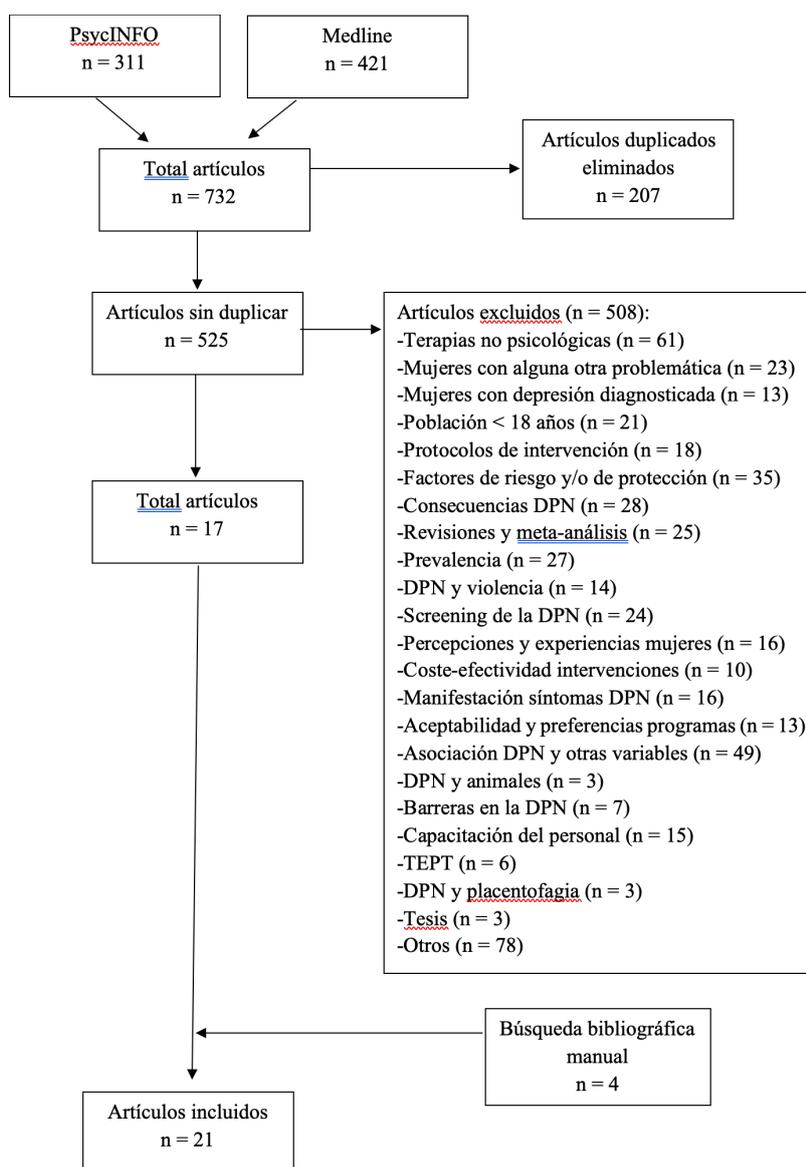
Se realizó una revisión de las publicaciones realizadas sobre la prevención de la depresión perinatal. Las bases de datos consultadas fueron PsycINFO y Medline. Como palabras clave se utilizaron: “*postnatal depression*”, “*postpartum depression*”, “*pregnancy depression*”, “*antenatal depression*”, “*perinatal depression*”, “*prevention*”, “*psychosocial intervention*”, “*psychological treatment*”, “*psychological intervention*”.

Los criterios de inclusión fueron: publicaciones entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de enero de 2021; que analicen la eficacia de intervenciones psicológicas preventivas de la depresión; en población de 18 años o más; y que incluyeran las palabras clave de búsqueda en el título y/o resumen.

Debido a que a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica en las citadas bases de datos se obtuvieron revisiones y meta-

Figura 1.

Fases del proceso de búsqueda bibliográfica



análisis, se recurrió a ellas para hacer una búsqueda manual y ver si había algún artículo que podía resultar de interés. Se encontraron 4 artículos (Figura 1).

RESULTADOS

Con el objetivo de prevenir la depresión perinatal, tres estudios han aplicado intervenciones psicoeducativas que se basan en proporcionar información, durante el embarazo y el postparto, sobre qué es la depresión, saber reconocer sus

síntomas, y aprender estrategias para mejorar la adaptación al nuevo proceso que supone la maternidad (Tabla 1).

En 14 estudios se aplicó terapia cognitivo-conductual (TCC), que se centra en modificar las cogniciones y comportamientos desadaptativos, así como en desarrollar estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas (Tabla 2).

La terapia interpersonal (TIP) se utiliza en cuatro estudios. Ésta aborda problemas interpersonales, transiciones de rol y déficits interpersonales (Tabla 3).

Tabla 1.
Intervenciones psicoeducativas

| Autores | Muestra | Duración | Intervenciones | Resultados |
|-------------------------------------|---|---|---|--|
| *Lara et al. (2010) México | 377 embarazadas (≤ 26 semanas) CES-D ≥ 16 GC: 127 GI: 250 | Inicio en 1 ^{er} -2 ^o trimestre 8 sesiones grupales (2 horas/semana) | GC: atención estándar GI: programa SMMB (presencial) | 6 semanas postparto (SCID) GC: 15% DPP GI: 7,1% DPP 4-6 meses postparto (SCID) 25% DPP 10,7% DPP |
| *Kozinszky et al. (2012) Hungria | 1762 embarazadas (2 ^o trimestre) GC: 1034 GI: 728 | Inicio en 2 ^o trimestre 4 sesiones en grupo (3 horas/semana) | GC: cuidado prenatal habitual GI: psicoeducación, TIP y TCC (presencial) | 2 ^o trimestre de embarazo (LQ ≥ 12) GC: 19,8% DAN GI: 16,3% DAN 6-8 semanas postparto (LQ > 11) M = 10,12 DPP = 17,5% M = 9,43 DPP = 12,7% |
| Dugravie et al. (2013) Francia | 367 embarazadas (12-27 semanas) con riesgo de salud mental de sus hijos GC: 183 GI: 184 | Inicio 3 ^{er} trimestre 14 visitas a domicilio (6 en embarazo + 8 durante los 3 primeros meses postparto) | GC: atención estándar GI: PMI + CAPEDP (presencial) | 3er trimestre de embarazo (EPDS > 11) GC: 47% GI: 42,4% 3 meses postparto (EPDS > 10) 37,7% DPP 35,3% DPP |

Nota. *: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI; CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; SMMB: programa Salud Mental de Mamás y Bebés; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV; DPP: depresión postparto; LQ: Leverton Questionnaire; DAN: depresión antenatal; M: media; PMI: Programa Protection Maternelle et Infantile; CAPEDP: Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Tabla 2.
Intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual

| Autores | Muestra | Duración | Intervenciones | Resultados |
|------------------------------------|---|--|---|--|
| *Wiklund et al. (2010) Suecia | 67 madres (1 mes postparto) EPDS ≥ 12 GC: 34 GI: 33 | Inicio 1 mes postparto 3 sesiones individuales (1 hora/semana) | GC: atención estándar GI: intervención cognitivo-conductual breve (presencial) | 1 mes postparto (pre-intervención) (EPDS) GC: M = 13,6 GI: M = 16,9 2 meses postparto (post-intervención) (EPDS / EPDS > 10) M = 10 DPP = 59% M = 7,5 DPP = 24% |
| Le et al. (2011) Estados Unidos | 217 embarazadas (≤ 24 semanas) CES-D ≥ 16 GC: 105 GI: 112 | Inicio durante el embarazo 8 sesiones en grupo (2 horas/semana) + 3 sesiones de refuerzo (a las 6 semanas, 4 y 12 meses postparto) | GC: atención estándar GI: versión del MB (presencial) | Pre-intervención (BDI-II) GC: M = 14,89 GI: M = 15,71 Post-intervención (final embarazo) (BDI-II)* M = 12,66 M = 10,56 12 meses postparto (BDI-II / Mood Screener) M = 6,92 EDM = 9,6% M = 7,68 EDM = 7,8% |

Nota. *: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; M: media; DPP: depresión postparto; CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; MB: Mothers and Babies Course/Curso de Mamás y Bebés; BDI-II: Beck Depression Inventory Second Edition; EDM: episodio depresivo mayor.

Tabla 2. (Continuación)
Intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual

| Autores | Muestra | Duración | Intervenciones | Resultados | | |
|--------------------------|--|---|--|--|--|---|
| *Milgrom et al. (2011) | 143 embarazadas (20-32 semanas) | Inicio en el 2º-3er trimestre 8 sesiones (1 llamada de media hora/ semana) + 1 sesión a las 6 semanas postparto | GC: atención estándar GI: programa <i>Towards Parenthood</i> (telefónica) | Línea base BDI-II ≥ 14 : GC: 33,3% DPP GI: 29,6% DPP | 12 semanas postparto 38,1% DPP 12,8% DPP | |
| Australia | GC: 72 GI: 71 | | | | | |
| *Mao et al. (2012) | 240 embarazadas (32 semanas) | Inicio 3er trimestre 4 sesiones semanales de 90' en grupo + 1 individual de asesoramiento | GC: atención estándar GI: ESMGT (presencial) | 36 semanas de embarazo (post-intervención) (PHQ-9) GC: M = 7,23 GI: M = 5,45 | 6 semanas postparto (EPDS / SCID) M = 9,23 DPP = 9,3% M = 6,45 DPP = 2,7% | |
| China | GC: 120 GI: 120 | | | | | |
| Barrera et al. (2015) | 111 embarazadas CES-D ≥ 16 | Inicio en el embarazo 8 lecciones sobre el embarazo | GC: información electrónica sobre la DPP GI: versión electrónica del Curso Mamás y Bebés (e-MB) (online) | Final embarazo (CES-D ≥ 16) GC: 51,9% GI: 50,9% | 6 meses postparto (media de días que se tardó en puntuar EPDS ≥ 10) 42,45 días 67,9 días | |
| Estados Unidos | GC: 54 GI: 57 | | | | | |
| *Ngai et al. (2015) | 397 madres (2-3 días postparto) EPDS ≥ 10 | Inicio en la 1ª semana postparto 5 sesiones telefónicas de 20-30 minutos (1 por semana) | GC: atención estándar GI: intervención cognitivo-conductual (telefónica) | Línea base (EPDS) GC: M = 11,9 GI: M = 11,9 | 6 semanas postparto (EPDS ≥ 10) 55,3% DPP 31,9% DPP | 6 meses postparto (EPDS ≥ 10) 38,3% DPP 26,9% DPP |
| China | GC: 200 GI: 197 | | | | | |
| *Dimidjian et al. (2016) | 86 embarazadas (≤ 32 semanas) con trastorno depresivo mayor previo | Inicio antes de las 32 semanas de embarazo 8 sesiones (2 horas/semana) en grupo + 1 clase opcional de seguimiento | GC: atención estándar GI: MBCT-PD (presencial) | Línea base (EPDS) GC: M = 5,07 GI: M = 5,98 | Post-intervención (EPDS) GC: M = 6,39 GI: M = 4,67 | 6 meses postparto (EPDS / LIFE) M = 6,62 DPP = 50,2% M = 4,90 DPP = 18,4% |
| Estados Unidos | GC: 43 GI: 43 | | | | | |
| *Ramezani et al. (2017) | 85 embarazadas (30-35 semanas) sin antecedentes de trastornos mentales | Inicio en 3er trimestre Glc: 4 sesiones (hora y media/ semana) en grupo Gls: 3 sesiones (hora y media/ semana) en grupo | GC: atención estándar Glc: asesoramiento cognitivo-conductual (presencial) Gls: asesoramiento centrado en la solución (presencial) | Línea base (BDI-II) GC: M = 12,1 GI: M = 10,1 | 3 meses postparto (BDI-II) M = 8,6 M = 7,1 | 15 días postparto (EPDS > 13) GC: 40,6% con DPP Glc: 17,4% con DPP Gls: 8,7% con DPP |
| Irán | GC: 35 Glc: 25 Gls: 25 | | | | | |
| *Tandon et al. (2018) | 120 embarazadas | Inicio: final del 2º trimestre -comienzo del 3º. 12 visitas a domicilio | GC: protocolos HFA o PAT GI: 12 sesiones MB 1-on-1 + visitas a domicilio estándar (presencial) | Línea base (BDI-II) GC: M = 12,1 GI: M = 10,1 | 3 meses postparto (BDI-II) M = 8,6 M = 7,1 | 6 meses postparto (BDI-II / SCID) M = 12,4 DPP = 18% M = 6,4 DPP = 6% |
| Estados Unidos | GC: 66 GI: 54 | | | | | |

Nota*: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; BDI-II: Beck Depression Inventory Second Edition; DPP: depresión postparto; ESMGT: Emotion Self-management Group Training Program; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; M: media; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV.

Nota*: CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; DPP: depresión postparto; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; *: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI M: media; MBCT-PD: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Depression; LIFE: Longitudinal Interval Follow-up Examination.

Nota. *diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; Glc: grupo de intervención cognitivo-conductual; Gls: grupo de intervención centrado en la solución; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; DPP: depresión postparto; GI: grupo de intervención; HFA: Healthy Families America; PAT: Parents as Teachers; MB: Mothers and Babies Course/Curso de Mamás y Bebés; BDI-II: Beck Depression Inventory Second Edition; M: media; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV.

Tabla 2. (Continuación)
Intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual

| Autores | Muestra | Duración | Intervenciones | Resultados |
|-------------------------------------|---|---|--|--|
| Duffecy et al. (2019) EEUU | 5 embarazadas (20-28semanas): PHQ-9 entre 5-14 GC: 7 GI: 18 | Inicio en el 2º trimestre 8 semanas (16 lecciones de 10-15 min. información sobre el embarazo + 5 herramientas) + 3 sesiones de refuerzo (2, 4, 6 semanas postparto). | GC: web (lecciones + herramientas) GI: web (lecciones + herramientas) + "Activity Feed" + "Individual Garden Plot" (online) | Línea base (PHQ-9) GC: M = 5,6 GI: M = 5,1 8 semanas postintervención (PHQ-9) M = 7,3 M = 3,7 12 semanas postparto 38,1% DPP 12,8% DPP |
| Haga et al. (2019) Noruega | 1342 embarazadas (21-25semanas) GC: 644 GI: 678 | Inicio en 2º trimestre 44 sesiones (10 min) divididas en 3 fases: - 11 sesiones semanales durante el embarazo - 3 sesiones semanales a las 2-3 semanas postparto hasta las 6 semanas - 18 sesiones a lo largo de 18 semanas | GC: atención estándar GI: programa "Mamma Mia" (online) | Línea base (EPDS) GC: M = 6,2 GI: M = 6,5 6 semanas postparto* (EPDS / EPDS ≥ 10) M = 5,8 / 17,7% DPP M = 5,2 / 13,6% DPP 6 meses postparto (EPDS / EPDS ≥ 10) M = 4,4 / 11,8% DPP M = 4,0 / 8,7% DPP |
| Ngai et al. (2019) China | 388 parejas de bajo riesgo que esperan un hijo GC: 130 GIp: 134 GIm: 124 | Inicio en el 2º- 3º trimestre 1 sesión grupal (3 horas) + 2 sesiones de seguimiento por teléfono a las 2 y 4 semanas postparto (30 minutos) | GC: atención estándar GIp: intervención cognitivo-conductual en pareja (presencial) GIm: intervención cognitivo-conductual solo para madres (presencial) | 6 semanas postparto* EPDS ≥ 10 GC: 47,7% DPP GIp: 29,9% DPP GIm: 42,2% DPP 6 meses postparto 29,7% DPP 24,1% DPP 30,2% DPP 12 meses postparto 30,1% DPP 28,5% DPP 23,8% DPP |
| George (2020) India | 202 embarazadas <32 semanas) GCp: 73 GCn: 65 GI: 64 | Inicio en 3er trimestre 9 sesiones (3 días con 3 sesiones por día, 45-60 minutos) | GCp: psicoeducación GCn: atención estándar GI: TCC + solución de problemas + psicoeducación (presencial) | 6-12 semanas postparto (CIS-R) |
| *Monteiro et al. (2020) Portugal | 367 madres < 3 meses postparto con PDPI-R < 5,5 GC: 176 GI: 191 | Inicio 3 meses postparto 5 módulos secuenciales de 30-45 min. cada uno (8 semanas para completar el programa) | GC: lista de espera GI: programa "Be a Mom" (online) | Línea base (EPDS) GC: M = 6,72 GI: M = 6,38 8 semanas postintervención (EPDS) GC: M = 6,19 GI: M = 5,26 |

Nota*: PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GC: grupo de intervención; GI: grupo de intervención; M: media; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV; DPP: depresión postparto; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; *: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI.

Nota. *GC: grupo control; GIp: grupo de intervención terapia interpersonal; GIm: grupo de intervención solo mujeres; *: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y GI; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; DPP: depresión postparto; GCp: grupo control positivo; GCn: grupo control negativo; GI: grupo de intervención; CIS-R: Clinical Interview Schedule-Revised; PDPI-R: Postpartum Depression Predictors Inventory- Revised.

Tabla 3.

Intervenciones basadas en la terapia interpersonal

| Autores | Muestra | Duración | Intervenciones | Resultados | |
|---|---|---|--|--|---|
| Gao et al. (2010) China | 194 embarazadas (≥ 28 semanas). No historia previa de trastornos psiquiátricos. GC: 98 Gl: 96 | Inicio durante el embarazo 2 sesiones en grupo (2 horas) durante el embarazo + 1 llamada postparto de seguimiento | GC: rutina de cuidado habitual Gl: programa psicoeducativo basado en la terapia interpersonal (presencial) | Línea base (EPDS / % EPDS ≥ 13) GC: M = 7,81 11,2% Gl: M = 8,17 15,6% | 6 semanas postparto (EPDS* / % EPDS ≥ 13) GC: M = 8,87 DPP = 17,3% Gl: M = 6,59 DPP = 9,4% |
| Leung et al. (2012) China | 156 embarazadas (14-32 semanas). No historia previa de trastorno mental. GC: 78 Gl: 78 | Inicio durante el embarazo 4 sesiones en grupo (90 minutos cada semana) | GC: rutina de cuidado habitual Gl: programa basado en la psicoterapia interpersonal (presencial) | Línea base EPDS > 12 GC: 30% Gl: 41% | Post-intervención 34,6% 35,9% |
| *Bowen et al. (2014) Canadá | 106 embarazadas (15-25 semanas) GC: 68 Glim: 20 Glip: 18 | Inicio durante el embarazo 6 sesiones grupales (1 por semana) | GC: no intervención Glim: terapia basada en el mindfulness (presencial) Glip: terapia interpersonal (presencial) | Pre-intervención (EPDS) GC: M ≈ 5,9 Glim: M = 9,05 Glip: M = 9,78 | Post-intervención (EPDS) M ≈ 5,8 M = 9,20 M = 8,28 |
| *Zlotnick et al. (2016) Estados Unidos | 205 embarazadas (20-35 semanas) CSQ ≥ 27 GC: 101 Gl: 104 | Inicio en el 2º-3er trimestre 4 sesiones grupales (90'/ semana) + 1 sesión individual de refuerzo (50 minutos) en las 2 semanas postparto | GC: atención estándar Gl: programa ROSE (presencial) | 6 meses postparto (LIFE) GC: 31% con DPP Gl: 16% con DPP | 12 meses postparto (LIFE) GC: 40% con DPP Gl: 26% con DPP |

Nota*: GC: grupo control; Gl: grupo de intervención; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; M: media; *: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y Gl.

Nota*: diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$) entre GC y Gl; GC: grupo control; Glim: grupo de intervención mindfulness; Glip: grupo de intervención terapia interpersonal; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; M: media; ≈: aproximadamente; CSQ: Cooper Survey Questionnaire; Gl: grupo de intervención; ROSE: Reach Out, Stand strong, Essentials for new mothers; LIFE: Longitudinal Interval Follow-up Examination; DPP: depresión postparto.

DISCUSIÓN

En esta revisión se halló que el enfoque cognitivo-conductual era el predominante para prevenir la depresión perinatal, obteniendo once de las terapias analizadas reducciones significativas en la sintomatología depresiva en algún momento de la intervención. Además, el *Curso Mamás y Bebés* es una de las intervenciones más aplicadas y que se está llevando a cabo en España (Le et al., 2019). Las intervenciones grupales basadas en la terapia interpersonal también constituyen una buena opción preventiva. Concretamente, el programa ROSE obtiene buenos resultados a los 12 meses postparto. Finalmente, dos de las tres intervenciones psicoeducativas presentaron una reducción significativa de los síntomas.

Respecto al mejor momento para iniciar la intervención y su duración, dieciocho intervenciones empezaron durante el embarazo y solo tres en el postparto. De las que tuvieron inicio prenatalmente, cinco no obtuvieron una reducción estadísticamente significativa de los síntomas depresivos. Las intervenciones postparto redujeron significativamente los síntomas. Lo ideal sería comenzar la intervención en el primer trimestre del embarazo para evitar que las mujeres pasen el embarazo con una depresión sin tratar.

Una mayor duración de la terapia podría ser más eficaz para que las reducciones de los síntomas depresivos se prolonguen más allá de las primeras semanas postparto (Tandon et al., 2018). Intervenciones de entre 5-9 sesiones serían las más eficaces. Algunas llevaron a cabo entre 1 y 3 sesiones de refuerzo durante el postparto, una vez

finalizada la terapia, para ayudar a mantener las mejoras obtenidas, obteniendo diferencias significativas.

Se analizaron quince intervenciones presenciales y seis a distancia, de las cuales dos fueron por teléfono (Milgrom et al., 2011; Ngai et al., 2015), que consiguieron efectos significativos, y cuatro online (Barrera et al., 2015; Duffecy et al., 2019; Haga et al., 2019; Monteiro et al., 2020), obteniendo dos de ellas diferencias significativas. Tres de las presenciales no obtuvieron diferencias significativas en los síntomas depresivos.

Cuatro estudios analizaron si son las mujeres con mayor o menor sintomatología depresiva las que saldrían más beneficiadas de recibir la intervención. Tres encontraron que las mujeres con mayor riesgo de desarrollar depresión experimentaron una mayor reducción de los síntomas depresivos.

Como limitaciones destaca la ausencia de seguimientos a largo plazo, pues solo tres intervenciones lo extendieron hasta los 12 meses (Le et al., 2011; Ngai et al., 2019; Zlotnick et al., 2016). Asimismo, la mayoría de estudios se centraron en prevenir la depresión postparto, solo tres (Bowen et al., 2014; Le et al., 2011; Leung y Lam, 2012) plantearon prevenir la depresión desde el embarazo.

CONCLUSIONES

El enfoque predominante en el ámbito de la prevención de la depresión perinatal es la TCC. Intervenciones de entre 5-9 sesiones representan la mejor opción para prevenir la depresión perinatal y mantener las reducciones de los síntomas más allá de las primeras semanas postparto. Aplicar sesiones de refuerzo durante el postparto podría ayudar a mantener un bajo nivel de síntomas depresivos. Además, las mujeres que presentan síntomas depresivos más severos son las que parecen beneficiarse en mayor medida de las terapias. Ampliar el seguimiento y prevenir también la depresión prenatal debiera ser una prioridad en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrera, A. Z., Wickham, R. E., y Muñoz, R. F. (2015). Online prevention of postpartum depression for Spanish and English-speaking pregnant women: a pilot randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 2(3), 257-265. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.06.002>

Bowen, A., Baetz, M., Schwartz, L., Balbuena, L., y Muhajarine, N. (2014). Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(3), 226-231. Recuperado de: http://doctoronly.co.il/wp-content/uploads/2014/11/13_Antenatal-Group.pdf

Dennis, C. L., y Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., y Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2), 134-145. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000068>

Duffecy, J., Grekin, R., Hinkel, H., Gallivan, N., Nelson, G., y O'Hara, M.W. (2019). A group-based online intervention to prevent postpartum depression (sunnyside): feasibility randomized controlled trial. *JMIR Ment Health*, 6(5), e10778. <https://doi.org/10.2196/10778>

Dugravier, R., Tubach, F., Saias, T., Guedeney, N., Pasquet, B., Purper-Ouakil, D., Tereno, S., Welniarz, B., Matos, J., Guedeney, A., y Greacen, T. (2013). Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 8(8), Article e72216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072216>

Escribà-Agüir, V., y Artazcoz L. (2011). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 65, 320-326. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.085894>

Gao, L., Chan, S. W., Li, X., Chen, S., y Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1208-1216. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002>

George, C. (2020). Effectiveness of a group intervention led by lay health workers in reducing the incidence of postpartum depression in South India. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 101864. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101864>

Haga S. M., Drozd F., Lisøy C., Wentzel-Larsen T., y Slinning K. (2019). Mamma Mia - A randomized controlled trial of an internet-based intervention for perinatal depression. *Psychological Medicine*, 49(11), 1850-1858. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002544>

Kozinszky, Z., Dudas, R. B., Devosa, I., Csatornai, S., Tóth, É., Szabó, D., Sikovanyecz, J., Barabás, K., y Pál, A. (2012). Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(2), 98-107. <https://doi.org/10.1159/000330035>

Lara, M. A., Navarro, C., y Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.024>

Le, H. N., Perry, D. F., y Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of Consulting*

and *Clinical Psychology*, 79(2), 135-141. <https://doi.org/10.1037/a0022492>

Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Soto-Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N., y Marcos-Nájera, R. (2019). Preventing perinatal depression in Spain: a pilot evaluation of mamás y bebés. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1687859>

Leung, S. S. K., y Lam, T. H. (2012). Group antenatal intervention to reduce perinatal stress and depressive symptoms related to intergenerational conflicts: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1391-1402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.014>

Mao, H. J., Li, H. J., Chiu, H., Chan, W. C., y Chen, S. L. (2012). Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in Chinese women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(4), 218-224. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00331.x>

Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. F., Lara, M. A., Navarrete, L., y Le, H. N. (2020). A Cross-Cultural Analysis of the Prevalence and Risk Factors for Prenatal Depression in Spain and Mexico. *Culture, Medicine and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s11013-020-09691-5>

Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., y Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.045>

Monteiro, F., Pereira, M., Canavarró, M. C., y Fonseca, A. (2020). Be a mom's efficacy in enhancing positive mental health among postpartum women presenting low risk for postpartum depression: results from a pilot randomized trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4679. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134679>

Nardi, B., Laurenzi, S., Di Nicolò, M., y Bellantuono, C. (2012). Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent the postnatal depression? A critical review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(3), 211-225. <https://doi.org/10.2190/PM.43.3.b>

Ngai, F. W., Wong, P. W. C., Leung, K. Y., Chau, P. H., y Chung, K. F. (2015). The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(5), 294-303. <https://doi.org/10.1159/000430449>

Ngai, F. W., Wong, P. W. C., Chung, K. F., Chau, P. H., y Hui, P. W. (2019). Effect of couple-based cognitive behavioural intervention on prevention of postnatal depression: multisite randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 127(4), 500-507. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15862>

Nisar, A., Yin, J., Waqas, A., Bai, X., Wang, D., Rahman, A., y Li, X. (2020). Prevalence of perinatal depression and its

determinants in Mainland China: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 1022-1037. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramezani, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Hamidzadeh, A., y Mousavi, S. A. (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 172-182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1266470>

Robertson, M. (1999). Interpersonal therapy: an introduction for clinicians. *Australasian Psychiatry*, 7(1), 25-27. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.1999.00172.x>

Sockol, L. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders*, 232, 316-328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.018>

Stuart-Parrigon, K., y Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current psychiatry reports*, 16(9), 468. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6>

Tandon, S. D., Ward, E. A., Hamil, J. L., Jimenez, C., y Carter, M. (2018). Perinatal depression prevention through home visitation: a cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 641-652. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9934-7>

US Preventive Services Task Force (USPSTF) (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*, 321(6), 580-587. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0007>

Vázquez, M. B., y Míguez, M. C. (2019). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, 246, 515-521. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.075>

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., y Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41-60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>

Wiklund, I., Mohlkert, P., y Edman, G. (2010). Evaluation of a brief cognitive intervention in patients with signs of postnatal depression: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(8), 1100-1104. <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.500369>

Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide. Arlington: American Psychiatric Publishing. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=c_HEDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP

[1&dq=Learning+cognitive-behavior+therapy:+an+illu
strated+guide.+Arlington:+American+Psychiatric+Pu
blishing.&ots=fNdALpjEFW&sig=qKTfIQNXu4JH0yK_
LtUC6G3qCig#v=onepage&q=Learning%20cognitive-
behavior%20therapy%3A%20an%20illustrated%20
guide.%20Arlington%3A%20American%20Psychiatric%20
Publishing.&f=false](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.059)

Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., y Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders*, 189, 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.059>

OBESIDAD Y ACOSO ESCOLAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Andere Jimeno-Martitegi¹, Olaia Biurrun-Ascunce¹, Uxue Garcia-Zaballa¹ y Eva Pereda-Pereda^{1,2}

¹Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

²Biodonostia, Grupo de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Resumen: Actualmente, los y las menores con obesidad tienen una mayor probabilidad de ser estigmatizados/as y de experimentar interacciones sociales negativas, las cuales pueden exacerbar conductas internalizantes. Por ello, el objetivo de la presente revisión sistemática fue analizar las características de estos menores con obesidad que sufren acoso escolar y las consecuencias que dicho acoso podría provocar. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos de PubMed, Web of Science, Scopus y PsycINFO, seleccionando 26 artículos. Los principales resultados mostraron que tener obesidad y ser chico eran factores de riesgo para ser víctima de *bullying*. Entre las consecuencias más frecuentes provocadas por el acoso escolar, se encontraron la depresión, la ansiedad y el aislamiento social. Desde la psicología de la salud, se considera necesario el desarrollo de intervenciones y estrategias eficaces para enfrentarse al *bullying* por razón de peso.

Palabras clave: Obesidad infantil, Acoso escolar/*bullying* por razón de peso, Revisión sistemática.

OBESITY AND BULLYING IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract: Currently, children with obesity are more likely to be stigmatized and experience negative social interactions, which can exacerbate internalizing behaviors. Therefore, the present systematic review aimed to analyze the characteristics of these children with obesity who suffer bullying and the consequences that such bullying could cause. To this end, a search was carried out in the PubMed, Web of Science, Scopus, and PsycINFO databases, selecting 26 articles. The main results showed that having obesity and being a boy were risk factors for bullying. Among the most frequent consequences of bullying, depression, anxiety, and social isolation were found. From a health psychology perspective, it is considered necessary to develop effective interventions and strategies to deal with weight-based bullying.

Key words: Childhood/pediatric obesity, Weight-based bullying, Systematic review.

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil representa uno de los problemas más graves de salud pública del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021). La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. En la infancia, no existe un acuerdo unánime sobre los puntos de corte en la clasificación de la obesidad, por lo que el índice de masa corporal se debe interpretar y entender en base a la edad, el sexo y el contexto de cada menor (Simoni et al., 2020).

La obesidad infantil se asocia con comorbilidades físicas y mentales. Entre las físicas nos encontramos con la diabetes mellitus de tipo II y la hipertensión arterial (OMS, 2021). Asimismo, existen diversas comorbilidades psicosociales negativas que impactan de manera directa en el ámbito

emocional, intelectual y social. Las conductas internalizantes como el aislamiento se intensifican entre los y las menores con obesidad debido a una mayor probabilidad de ser estigmatizados por sus iguales y a mantener interacciones sociales negativas (p. ej., burlas) (Pereda-Pereda et al., 2019). Esta situación, conocida como *bullying* o acoso escolar, se define como un conjunto de conductas intencionales, agresivas y repetitivas llevadas a cabo sin motivación aparente. Voors (2005) lo clasificó en tres tipos: el físico (patadas, empujones...), el verbal (insultos, burlas...), y el relacional (exclusión por aspecto, ideología o manera de actuar). En general, los chicos ejercen más formas de acoso físico siendo las chicas las víctimas de dicho acoso (Hoyos et al., 2005). La edad de las personas implicadas en el *bullying*, oscila entre los 11 y 18 años, lo que sugiere que este fenómeno se puede generalizar a todo el ámbito escolar (Méndez y Cerezo, 2010).

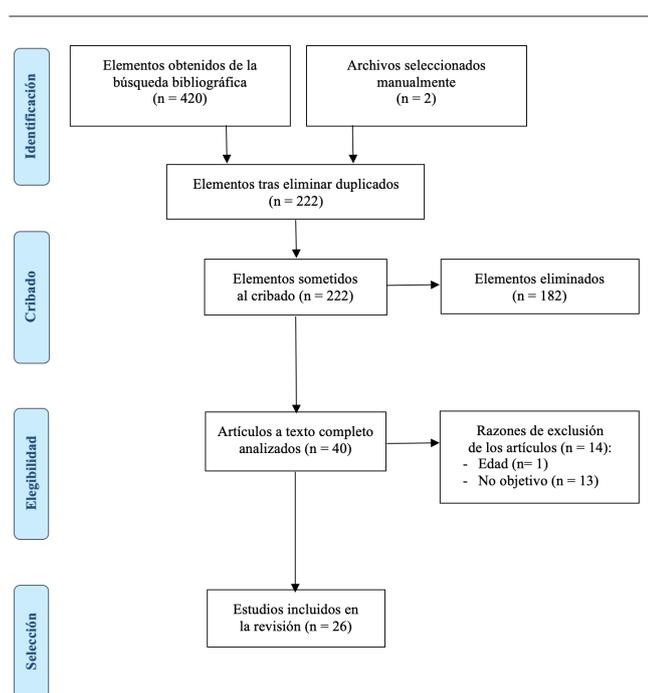
La probabilidad de que estas agresiones ocurran puede ser aumentada por distintos factores de riesgo. Entre ellos se encuentran los asociados a los agresores: falta de empatía, egocentrismo, fracaso escolar y/o consumo de sustancias; y los asociados a las víctimas: baja autoestima, capacidad social disminuida, nerviosismo y/o alguna diferencia destacable entre la mayoría (obesidad, raza, diversidad funcional) (Mendoza, 2013).

Además de los factores de riesgo, también se han examinado tres perfiles del acoso escolar: el acosador, la víctima y el observador. El acosador responde a su conducta con reactividad, agresividad, y con baja sensibilidad. Este se muestra calculador y frío al seleccionar a sus víctimas ya que elige a personas con baja autoestima, físicamente débiles y aisladas socialmente (Salmivalli, 2010). En cuanto a la víctima, existen dos prototipos: la activa y la pasiva. La primera, es la combinación entre la ansiedad y la respuesta violenta, la cual exculpa al acosador. La segunda, es la más común y se caracteriza por su inseguridad y por sufrir los ataques en silencio (Barría et al., 2004). El tercer perfil, es el del observador. Salmivalli (1999), diferencia al ayudante, al reforzador, al de fuera y al protector, según hacía donde se dirijan sus acciones. De este modo, los clasifica en el observador activo, el pasivo y el proactivo.

Estudios previos han hallado que la obesidad es la razón principal para sufrir *bullying* por delante de la raza y la orientación sexual (Puhl et al., 2016). Así, en la adolescencia tener obesidad, conlleva una mayor victimización, insatisfacción corporal y baja autoestima

Figura 1

Diagrama de flujo



(Haqq et al., 2021). Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática fue analizar las características de estos menores con obesidad que sufren acoso escolar y las consecuencias que dicho acoso podría provocar.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistemática de febrero a mayo de 2021, en las bases de Pubmed, Web of Science, Scopus y Psycinfo. Las palabras claves utilizadas fueron “*childhood obesity*”, “*pediatric obesity*” y “*bullying*”. Para la selección de los artículos se utilizó la metodología PRISMA (Moher et al., 2009). En una primera fase, se leyeron los títulos y resúmenes, y se incluyeron los artículos en base a los siguientes criterios: (1) artículos publicados en castellano o inglés entre 2010 y 2021, (2) participantes con obesidad menores de 18 años, y (3) víctimas de *bullying*. Se excluyeron las revisiones sistemáticas, pruebas clínicas y metaanálisis. Para la fase de elegibilidad, se leyeron en profundidad los artículos excluyendo aquellos que no cumplían los mencionados criterios de inclusión. Finalmente, todo este proceso se reflejó en un diagrama de flujo.

Para el análisis cualitativo se creó un formulario de todas las investigaciones seleccionadas. Se recogieron los siguientes datos: autores, fecha de publicación, país, tamaño de la muestra, media de edad y las características del acoso.

La calidad de los artículos se realizó basándose en la Escala de Newcastle-Ottawa (Wells et al., 2020). Esta escala evalúa la calidad de cada artículo mediante 15 ítems dicotómicos divididos en cuatro grupos: i) selección de participantes y posibilidad de generalizar resultados; ii) posibles factores de confusión; iii) medición de la exposición; iv) medición de los resultados. Cada respuesta afirmativa suma un punto, logrando un máximo de 15 puntos. Se consideraron de alta calidad los artículos que conseguían 9 puntos o más (Luppino et al., 2010).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS DOCUMENTOS

La presente revisión sistemática reúne una muestra de 367.602 participantes (50,24% mujeres) de diversos países: Estados Unidos (n=194.124), Países Bajos (n=15.791), Irán (n=14.880), China (n=10.587), Australia (n=2.948), Italia (n=1.762), Corea del Sur (n=1.640), Suecia (n=573), República Checa (n=570), Alemania (n=212) y Turquía (n=115); además de dos investigaciones internacionales (n=124.400). Las características de los estudios seleccionados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.*Características principales de los artículos seleccionados.*

| Autoría (año) | País | N (% de mujeres) | Edad | Tipo de acoso^a | Diferencias de género^b | Resultados destacables |
|------------------------|--|-------------------------|-------------|-----------------------------------|---|--|
| Almenara et al. (2015) | República Checa | 570 (47,9%) | 13 | V | H > M | M- acoso por aspecto físico H- acoso por el peso |
| Bacchini et al. (2017) | Italia | 815 (48%) | 6-14 | V | H > M | Capacidades sociales y físicas(-) |
| Bacchini et al. (2015) | Italia | 947 (48,26%) | 6-14 | V | | Burlas por el aspecto físico, acoso físico y exclusión social |
| Farhat et al. (2010) | Estados Unidos | 7.825 (50%) | 11-17 | Hombres V Mujeres VA | H > M | H- conductas peligrosas (armas) M- abuso de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana) |
| Gibson et al. (2017) | Alemania | 212 (51%) | 8-13 | V | | Trastornos alimentarios (+), síntomas depresivos (+), autoestima (-) |
| Giletta et al. (2010) | Países Bajos | 2.051 (49%) | 10-16 | V | H > M | Autoestima baja, síntomas depresivos(M > H) |
| Hammar et al. (2020) | Suecia | 573 (47,2%) | 12 | V | | Conductas peligrosas (H > M) Problemas emocionales (M > H) |
| Juvonen et al. (2016) | Estados Unidos | 5.991 (52%) | 11-13 | V | | Ansiedad social (+) M- síntomas somáticos (+) |
| Kim et al. (2016) | Corea del Sur | 1.640 (50,9%) | 12-15 | Hombres V, A y VA Mujeres V | H > M | |
| Klinck et al. (2020) | Estados Unidos | 1.344 (52%) | 11-14 | V | | Síntomas depresivos (+) Abuso de sustancias (+) |
| Koyanagi et al. (2020) | 41 países; investigación internacional | 114.240 (48,8%) | 12-15 | V | M > H H- acoso físico M- acoso verbal | |
| Lee et al. (2018) | 42 países; investigación internacional | 10.160 (49,6%) | 10-17 | V | | Ansiedad física y psicológica (+) |
| Lee et al. (2020) | Estados Unidos | 9.124 (48,6%) | 10-16 | V | H- acoso físico M- acoso verbal | |
| Lin et al. (2018) | Estados Unidos | 8.303 (49%) | 12-16 | V | | Percepción de imagen corporal (-), frustración por aspecto físico (-) |
| Liu et al. (2016) | China | 10.587 (52%) | 7-18 | Mujeres V Hombres A, VA | M > H | |
| Lumeng et al. (2010) | Estados Unidos | 821 (50%) | 8-11 | V | | |
| Madowitz et al. (2012) | Estados Unidos | 79 (58,8%) | 8-12 | V | | Depresión (+), trastornos alimentarios (+) |
| Morales et al. (2019) | Estados Unidos | 18.130 (48,4%) | 7-8 | V | H- acoso físico M- acoso relacional | Aislamiento social (M > H) |
| Nabors et al. (2019) | Estados Unidos | 26.094 (49,2%) | 10-17 | V | | Relaciones exitosas (-), dificultades para relacionarse (+) |
| Odar et al. (2016) | Estados Unidos | 41.361 (48%) | 10-17 | V | | Depresión (+) |
| Rupp et al. (2019) | Estados Unidos | 31.770 (44,8%) | 10-17 | V, A, VA | | Problemas de conducta (+), depresión (+), dificultades para relacionarse (+) |
| Şahin et al. (2020) | Turquía | 115 (64,45%) | 8-16 | V | | Depresión (+), Ansiedad física y psicológica (+) |
| Sutin et al. (2018) | Australia | 2.948 (48%) | 14-15 | V | | Autolesiones (+), pensamiento suicida (+), suicidio (+) |

Nota*: ^aTipo de acoso: (V) víctima, (A) acosador, (VA) víctima y acosador. ^bDiferencias de género: H>M hombres más acosados que las mujeres. M>H mujeres más acosados que hombres.

Tabla 1. (Continuación)
Características principales de los artículos seleccionados.

| Autoría (año) | País | N (% de mujeres) | Edad | Tipo de acoso ^a | Diferencias de género ^b | Resultados destacables |
|--------------------------|----------------|------------------|-------|----------------------------|------------------------------------|--|
| van Vuuren et al. (2019) | Países Bajos | 13.740 (53,4%) | 13-14 | V | | Problemas psicosociales (+), suicidio (+) |
| Waasdorp et al. (2018) | Estados Unidos | 43.282 (47,8%) | 12-18 | V | H- acoso físico | Síntomas internalizantes (+) |
| Zahedi et al. (2019) | Irán | 14.880 (49,2%) | 6-18 | V | H > M | Satisfacción vital (-) M- depresión (+), ansiedad (+) |

Nota*: ^aTipo de acoso: (V) víctima, (A) acosador, (VA) víctima y acosador. ^bDiferencias de género: H>M hombres más acosados que las mujeres. M>H mujeres más acosados que hombres.

LA CALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante los criterios de inclusión se aseguró un nivel de calidad alto en la elegibilidad y selección. Cuatro estudios obtuvieron más de 12 de los 15 puntos (Gibson et al., 2017; Giletta et al., 2010; van Vuuren et al., 2019; Zahedi et al., 2019). Tan solo uno consiguió 8 puntos (Şahin y Kırılı, 2020). El resto consiguió una puntuación de entre 9 y 11 puntos. En conclusión, se puede decir que la calidad de todas las investigaciones seleccionadas fue alta. El desglose de puntuaciones se puede consultar en la tabla suplementaria 1.

OBESIDAD Y ACOSO ESCOLAR

La mayoría de los estudios seleccionados afirmaban que la obesidad infanto-juvenil implicaba una mayor probabilidad de sufrir acoso escolar (p. ej., Klinck et al., 2020; Lumeng et al., 2010; Şahin y Kırılı, 2020). Así, los y las menores con exceso de peso tenían más posibilidades de sufrir acoso por su aspecto y peso en comparación con las personas con normopeso (Almenara y Ježek, 2015); específicamente un 60 % más (Waasdorp et al., 2018).

OBESIDAD, TIPO DE ACOSO Y GÉNERO

Los y las menores con obesidad grave sufrían más burlas e insultos por su físico (Almenara y Ježek, 2015). Los y las que tenían una obesidad moderada sufrían burlas, acoso físico y exclusión por parte de sus iguales (Bacchini et al., 2015; Morales et al., 2019).

Respecto al género, la mayoría de las investigaciones explicitaban una mayor posibilidad de ser víctima siendo hombre (Bacchini et al., 2017; Kim et al., 2016; Zahedi et al., 2019). Otras mostraron que las niñas sufrían más acoso que los niños (Koyanagi et al., 2020; Liu et al., 2016). El tipo de acoso sufrido variaba según el género; las niñas sufrían más veces acoso verbal y relacional en comparación con

los niños. Y estos últimos eran más acosados físicamente (Koyanagi et al., 2020; Lee et al., 2020).

En cuanto a la edad, el acoso relacional y verbal disminuían con la edad, y aumentaban la victimización sexual en niñas y el ciberbullying en niños (Kim et al., 2016; Lee et al., 2020).

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD Y EL ACOSO ESCOLAR

Problemas psicológicos y emocionales. Los y las menores con obesidad, tenían más probabilidad de ser tanto víctimas como acosadores además de padecer problemas de conducta, depresión u otro tipo de trastornos psicológicos (Rupp y McCoy, 2019). Odar et al. (2016) confirmaron que sufrir depresión se asociaba directamente con haber sufrido acoso escolar en algún momento de la vida. En la misma línea, Madowitz et al. (2012) afirmaron que los y las menores que habían sufrido burlas por parte de sus iguales tenían mayores niveles de depresión.

Los niños, niñas y adolescentes con obesidad que habían sufrido bullying fueron más propensos a presentar problemas psicosociales y mayores niveles de ansiedad y depresión (Lee et al., 2018; Şahin y Kırılı, 2020; van Vuuren et al., 2019).

En cuanto al género, las puntuaciones de las niñas eran más bajas en autoestima y más altas en depresión en comparación con las de los niños (Gibson et al., 2017; Giletta et al., 2010), si bien los niños obtuvieron una baja autoestima relacionada con la imagen corporal (Gibson et al., 2017). Además, las niñas presentaban más sintomatología ansioso-depresiva y somática (Hammar et al., 2020; Juvonen et al., 2017; Zahedi et al., 2019).

Aislamiento social. A los niños, y específicamente, a las niñas con obesidad se les excluía más que a aquellos con normopeso (Morales et al., 2019). Es más, tenían más dificultades a la hora de hacer amigos, sus habilidades sociales eran menores y no eran capaces de mantener relaciones satisfactorias con sus iguales (Bacchini et al., 2017;

Nabors et al., 2019; Rupp y McCoy, 2019). Según Juvonen et al. (2017), esta discriminación tiene como resultado sufrir ansiedad social en ambos sexos.

Conductas alimentarias no saludables. El *bullying* por razón de peso incrementa el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (Gibson et al., 2017). Según Madowitz et al. (2012), quintuplica las posibilidades de desarrollar cualquier tipo de desorden alimentario. La causa de todo esto podrían ser la insatisfacción corporal, la percepción errónea de su imagen corporal y la frustración que suelen sufrir los y las adolescentes con obesidad (Gibson et al., 2017; Lin et al., 2018).

Abuso de sustancias y conductas temerarias. En comparación con las chicas con normopeso, las chicas con obesidad tenían más posibilidades de beber, fumar y consumir marihuana (Farhat et al., 2010; Klinck et al., 2020). Por su parte, los chicos con obesidad, en comparación con los chicos con normopeso, presentaban una mayor probabilidad de conductas temerarias como llevar armas a las escuelas (Farhat et al., 2010; Hammar et al., 2020).

Suicidio. Tanto los y las adolescentes con obesidad como aquellos que habían sido víctimas de acoso reconocían tener más pensamientos suicidas que sus iguales con normopeso (van Vuuren et al., 2019). Así, los y las menores que sufrían acoso por su peso, pensaban más a menudo en hacerse daño, se habían hecho daño anteriormente, tenían pensamientos suicidas, habían creado un plan o en el pasado habían intentado suicidarse (Sutin et al., 2018).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta revisión sistemática fue revisar la literatura científica que analiza el papel de la obesidad en el acoso escolar en los niños, niñas y adolescentes. Los resultados han mostrado que aquellos menores con obesidad tenían más posibilidades de sufrir *bullying* que los menores con normopeso. Asimismo, ser chico era un claro factor de riesgo para sufrir acoso escolar. En este sentido, aunque los chicos sufrían más acoso físico que las chicas, las consecuencias psicológicas eran mayores para las chicas. Estas presentaban una autoestima más baja, un mayor aislamiento y niveles más altos de depresión y ansiedad. Esto podría estar relacionado con el ideal de belleza femenino instaurado en la sociedad (Baile et al., 2002).

Teniendo en cuenta que la obesidad infanto-juvenil y el acoso escolar están relacionados, y sus consecuencias son negativas, uno de los objetivos que se plantean es conseguir escuelas libres de acoso escolar. Debemos construir espacios basados en la tolerancia, el respeto, la coeducación y la libertad para poder proteger a todos los escolares. Cada vez son más los programas de intervención contra el *bullying* y la obesidad que se están implantando (Koplan et al., 2005).

Entre ellos, se encuentra la propuesta de Tornero-Quiñones et al. (2015), que apuesta por fomentar los hábitos saludables desde el ámbito escolar.

El profesional de la psicología juega un papel fundamental en la mejora de calidad de vida de las víctimas (Haqq et al., 2021). Según Sharp et al. (2000), el factor más importante de protección de los individuos que sufren *bullying* es la percepción de la situación y del control de las respuestas, es decir, que los individuos respondan de una forma activa y asertiva en lugar de responder al acoso. Por ello, es muy importante crear un contexto de oportunidades en el que el alumnado desarrolle estrategias de afrontamiento útiles. En la medida en que a los niños, niñas y adolescentes se les inculquen habilidades para hacer amigos, expresar y recoger sentimientos, defender derechos, tolerar opiniones y enfoques diferentes y resolver problemas interpersonales, se estarán garantizando competencias a las víctimas para hacer frente a las amenazas, manipulaciones y seducciones (Orte, 2006).

Esta revisión no está exenta de limitaciones. En comparación con una revisión narrativa, el número de artículos es más reducido. Además, no hay que olvidar que las revisiones sistemáticas son investigaciones observables, retrospectivas y vulnerables a los sesgos. Por último, los métodos estadísticos utilizados no pueden corregir las discrepancias entre estudios.

En futuras investigaciones, sería interesante analizar la influencia social en el *bullying*. Durante este trabajo se han identificado mensajes estigmatizadores que se envían a través de los medios de comunicación. En consecuencia, conocer la influencia en la infancia podría ser muy eficaz para diseñar programas contra el *bullying*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almenara, C. A. y Ježek, S. (2015). The source and impact of appearance teasing: An examination by sex and weight status among early adolescents from the Czech Republic. *Journal of School Health*, 85(3), 163–170. <https://doi.org/10.1111/josh.12236>
- Bacchini, D., Licenziati, M. R., Affuso, G., Garrasi, A., Corciulo, N., Driul, D., Tanas, R., Fiumani, P. M., Di Pietro, E., Pesce, S., Crinò, A., Maltoni, G., Iughetti, L., Sartorio, A., Deiana, M., Lombardi, F. y Valerio, G. (2017). The interplay among BMI z-score, peer victimization, and self-concept in outpatient children and adolescents with overweight or obesity. *Childhood Obesity*, 13(3), 242–249. <https://doi.org/10.1089/chi.2016.0139>
- Bacchini, D., Licenziati, M. R., Garrasi, A., Corciulo, N., Driul, D., Tanas, R., Fiumani, P. M., Di Pietro, E., Pesce, S., Crinò, A., Maltoni, G., Iughetti, L., Sartorio, A., Deiana, M., Lombardi, F. y Valerio, G. (2015). Bullying and victimization in overweight

and obese outpatient children and adolescents: an Italian multicentric study. *Plos One*, *10*(11), e0142715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142715>

Baile, J. I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*(3), 439–450.

Barría, P., Matus, C., Mercado, D. y Mora, C. (2004). *Bullying y rendimiento escolar*. Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Farhat, T., Iannotti, R. J. y Simons-Morton, B. G. (2010). Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*(3), 258–267. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.038>

Gibson, L. Y., Allen, K. L., Davis, E., Blair, E., Zubrick, S. R. y Byrne, S. M. (2017). The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *European Journal of Pediatrics*, *176*(7), 925–933. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2931-y>

Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E. y Larsen, J. K. (2010). Body mass index and victimization during adolescence: the mediation role of depressive symptoms and self-esteem. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*(6), 541–547. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.06.006>

Hammar, E., Bladh, M. y Agnafors, S. (2020). Mental health and experience of being bullied in 12-year-old children with overweight and obesity. *Acta Paediatrica*, *109*(7), 1450–1457. <https://doi.org/10.1111/apa.15131>

Haqq, A. M., Kebbe, M., Tan, Q., Manco, M. y Salas, X. R. (2021). Complexity and stigma of pediatric obesity. *Childhood Obesity*, *17*(4), 229–240. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0003>

Hoyos, O., Aparicio, J. y Córdoba, P. (2005). Caracterización del maltrato entre iguales en una muestra de colegios de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde El Caribe*, *16*, 1–28.

Juvonen, J., Lessard, L. M., Schacter, H. L., y Suchilt, L. (2017). Emotional implications of weight stigma across middle school: the role of weight-based peer discrimination. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(1), 150–158. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188703>

Kim, S.-G., Yun, I. y Kim, J.-H. (2016). Associations between body weight and bullying among South Korean adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, *36*(4), 551–574. <https://doi.org/10.1177/0272431615577204>

Klinck, M., Vannucci, A., Fagle, T. y Ohannessian, C. M. (2020). Appearance-related teasing and substance use during early adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, *34*(4), 541–548. <https://doi.org/10.1037/adb0000563>

Koplan, J. P., Liverman, C. T. y Kraak, V. I. (2005). Preventing childhood obesity: Health in the balance: Executive summary.

Journal of the American Dietetic Association, *105*(1), 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.11.023>

Koyanagi, A., Veronese, N., Vancampfort, D., Stickley, A., Jackson, S. E., Oh, H., Shin, J. I., Haro, J. M., Stubbs, B. y Smith, L. (2020). Association of bullying victimization with overweight and obesity among adolescents from 41 low- and middle-income countries. *Pediatric Obesity*, *15*(1), e12571. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12571>

Lee, B., Jeong, S. y Roh, M. (2018). Association between body mass index and health outcomes among adolescents: the mediating role of traditional and cyber bullying victimization. *BMC Public Health*, *18*(1), 674. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5390-0>

Lee, J., Hong, J. S., Tan, K., Pineros-Leano, M. y Baek, S. A. (2020). Bullying victimization profiles of school-aged adolescents and associations with weight statuses: A latent class analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626052090508. <https://doi.org/10.1177/0886260520905087>

Lin, Y.-C., Latner, J. D., Fung, X. C. C. y Lin, C.-Y. (2018). Poor health and experiences of being bullied in adolescents: self-perceived overweight and frustration with appearance matter. *Obesity*, *26*(2), 397–404. <https://doi.org/10.1002/oby.22041>

Liu, X., Chen, G., Yan, J. y Luo, J. (2016). Weight status and bullying behaviors among Chinese school-aged children. *Child Abuse & Neglect*, *52*, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.010>

Lumeng, J. C., Forrest, P., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., Corwyn, R. F. y Bradley, R. H. (2010). Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*, *125*(6), e1301–e1307. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0774>

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H. y Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>

Madowitz, J., Knatz, S., Maginot, T., Crow, S. J. y Boutelle, K. N. (2012). Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Pediatric Obesity*, *7*(6), 446–452. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00078.x>

Méndez, I. y Cerezo, F. (2010). Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, *3*(2), 209–218.

Mendoza, B. (2013). *Bullying: Los múltiples rostros del acoso escolar*. Editorial Brujas.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, *151*(4), 264–269. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Morales, D. X., Grineski, S. E. y Collins, T. W. (2019). School bullying, body size, and gender: an intersectionality approach

to understanding US children's bullying victimization. *British Journal of Sociology of Education*, 40(8), 1121–1137. <https://doi.org/10.1080/01425692.2019.1646115>

Nabors, L., Odar, C., Garr, K. y Merianos, A. (2019). Predictors of victimization among youth who are overweight in a national sample. *Pediatric Obesity*, 14(7), e12516. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12516>

Odar, C., Merianos, A., Nabors, L. y Peugh, J. (2016). Prevalence and predictors of bullying behavior among overweight and obese youth in a nationally representative sample. *Childhood Obesity*, 12(4), 263–271. <https://doi.org/10.1089/chi.2015.0172>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Orte, C. (2006). Nuevas perspectivas sobre la violencia y el "bullying" escolar. *Panorama Social*, 3, 27–41.

Pereda-Pereda, E., Echeburúa, E. y Cruz-Sáez, M. S. (2019). Anti-fat bias and school adjustment among primary school children in Spain. *Anales de Psicología*, 35(1), 75–83. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.311731>

Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Forhan, M. y Danielsdottir, S. (2016). Cross-national perspectives about weight-based bullying in youth: nature, extent and remedies. *Pediatric Obesity*, 11(4), 241–250. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12051>

Rupp, K. y McCoy, S. M. (2019). Bullying perpetration and victimization among adolescents with overweight and obesity in a nationally representative sample. *Childhood Obesity*, 15(5), 323–330. <https://doi.org/10.1089/chi.2018.0233>

Şahin, N. y Kırli, U. (2020). The relationship between peer bullying and anxiety-depression levels in children with obesity. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 22(2), 94–99. <https://doi.org/10.5455/apd.133514>

Salmivalli, C. (1999). Participant role approach to school bullying: implications for interventions. *Journal of Adolescence*, 22(4), 453–459. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0239>

Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(2), 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.007>

Sharp, S., Thompson, D. y Arora, T. (2000). How long before it hurts? *School Psychology International*, 21(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/0143034300211003>

Simoni, P., Guglielmi, R. y Gómez, M. P. A. (2020). Imaging of body composition in children. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 10(8), 1661–1671. <https://doi.org/10.21037/qims.2020.04.06>

Sutin, A. R., Robinson, E., Daly, M. y Terracciano, A. (2018). Perceived body discrimination and intentional self-harm and suicidal behavior in adolescence. *Childhood Obesity*, 14(8), 528–536. <https://doi.org/10.1089/chi.2018.0096>

Tornero-Quiñones, I., Sierra-Robles, Á., Carmona, J. y Gago, J. (2015). Implicaciones didácticas para la mejora de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad desde la Educación Física. *Retos*, 27, 146–151.

van Vuuren, C. L., Wachter, G. G., Veenstra, R., Rijnhart, J. J. M., van der Wal, M. F., Chinapaw, M. J. M. y Busch, V. (2019). Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization. *BMC Public Health*, 19(1), 612. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6832-z>

Voors, W. (2005). *Bullying, en el acoso escolar*. Oniro.

Waasdorp, T. E., Mehari, K. y Bradshaw, C. P. (2018). Obese and overweight youth: risk for experiencing bullying victimization and internalizing symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(4), 483–491. <https://doi.org/10.1037/ort0000294>

Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M. y Tugwell, P. (2020). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

Zahedi, H., Kelishadi, R., Heshmat, R., Hasani Ranjbar, S., Esmaeil Motlagh, M., Ardalan, G., Arefirad, T., Mohammadi, R., Asayesh, H. y Qorbani, M. (2019). Association of adolescents' weight status with life satisfaction: role of self, peers, family and school perception; the CASPIAN-IV Study. *Minerva Pediatrica*, 71(3), 235–241. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.16.04410-8>

MATERIAL SUPLEMENTARIO

La tabla adicional generada durante la presente revisión está disponible previa solicitud razonable a través del siguiente correo electrónico: eva.pereda@ehu.eus.

Tabla S1. Calidad de las investigaciones seleccionadas.

PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO: UTILIDAD DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PREGNANCY RELATED ANXIETY QUESTIONNAIRE (PRAQ)

M. Carmen Míguez* y M. Belén Vázquez

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidade de Santiago de Compostela (España)

Resumen: Las gestantes experimentan temores específicos que conforman lo que se denomina *ansiedad relacionada con el embarazo*. Este tipo de ansiedad no se tiene en cuenta en las escalas generales de evaluación de la ansiedad que se utilizan en este periodo. El objetivo es dar a conocer la versión española del cuestionario de ansiedad relacionada con el embarazo (PRAQ), así como la prevalencia hallada con dicho cuestionario. Se llevó a cabo un estudio longitudinal en el que 569 mujeres fueron evaluadas en los tres trimestres de embarazo con el PRAQ-55, PRAQ-20 y el STAI. La prevalencia hallada con el PRAQ-55 fue del 16%, 15,6% y 13,5% y con el PRAQ-20 del 18,1%, 16,5% y 12,1%, en cada trimestre, respectivamente. La prevalencia de ansiedad general con el STAI fue del 10,0%, 5,3% y 7,2%, respectivamente. El PRAQ es una herramienta de cribado útil para detectar la presencia de ansiedad relacionada con el embarazo.

Palabras clave: ansiedad, ansiedad relacionada con el embarazo, embarazo, prevalencia, PRAQ.

PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO: UTILIDAD DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PREGNANCY RELATED ANXIETY QUESTIONNAIRE (PRAQ)

Abstract: Pregnant women experience specific fears that make up what is called pregnancy-related anxiety. However, this type of anxiety is not taken into account in the general assessment scales used in this period. The aim is to know the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) adapted to Spanish pregnant women as well as the prevalence of specific anxiety found with this questionnaire in each trimester. We carried out a longitudinal study in which 569 women were evaluated in the three trimesters of pregnancy with PRAQ-55, PRAQ-20 and STAI. Prevalence with the PRAQ-55 was 16.0%, 15.6% and 13.5% and with the PRAQ-20 18.1%, 16.5% and 12.1%, in each trimester, respectively. The prevalence of general anxiety with the STAI was 10.0%, 5.3% and 7.2%, respectively. The PRAQ is a useful screening tool to detect the presence of specific anxiety in pregnancy.

Key Words: Anxiety, Pregnancy-related anxiety, Pregnancy, Prevalence, PRAQ.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales perinatales se asocian a un mayor riesgo de presencia de trastornos psicológicos y del desarrollo en los niños (Stein et al., 2014). Un problema de salud mental común que las mujeres experimentan durante el embarazo es la ansiedad (Garthus-Niegel et al., 2014). Sin embargo, a pesar de tener comorbilidad frecuente con la

depresión (Falah-Hassani et al., 2016), tanto en la práctica clínica como en investigación la ansiedad ha quedado relegada a un segundo plano. Los datos existentes sugieren que la ansiedad a lo largo del embarazo es altamente prevalente y merece atención clínica similar a la que se da a la depresión. Se estima que la prevalencia de la ansiedad prenatal varía entre el 5,1% (Usuda et al., 2016) y el 57,0% en período del COVID (Lebel, et al., 2020). Dennis et al. (2017) tras una revisión sistemática y metaanálisis hallaron que la prevalencia media de la sintomatología ansiosa, evaluada con cuestionarios de autoinforme, principalmente con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), era del 18.2% en el primer trimestre de embarazo, 19.1% en el segundo

*Autor para correspondencia: M. Carmen Míguez Varela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. 15782 Campus Vida. Santiago de Compostela. E-mail: mcarmen.miguez@usc.es

y 24.6% en el tercero. La prevalencia general en los tres trimestres se situaba en el 22.9%.

Durante el embarazo las mujeres pueden experimentar temores específicos relacionados con su situación de embarazo, tales como el miedo a la incompetencia como madre, al dolor en el parto, la pérdida de la propia vida y de la del bebé, así como la preocupación por los cambios físicos y personales debidos al embarazo y el parto (Huizink et al., 2004). Estos temores conforman lo que se denomina “ansiedad relacionada con el embarazo o ansiedad específica del embarazo”.

Los altos niveles de ansiedad durante el embarazo pueden tener consecuencias tanto para la madre como para su descendencia. La presencia de ansiedad y depresión durante el embarazo representa un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de desarrollar depresión postparto (Míguez et al., 2017; Norhayati et al., 2015). Además, la ansiedad durante el embarazo se ha asociado con peores resultados obstétricos, como parto prematuro, mayor duración del trabajo de parto, mayor probabilidad de usar analgésicos, bajo peso al nacer y puntuaciones más bajas en el test de Apgar (Dunkel-Schetter y Tanner, 2012). Es necesario tener en cuenta que los peores resultados obstétricos pueden predecir el deterioro posterior del desarrollo cognitivo y de la salud mental en la infancia (Martini et al., 2010). La ansiedad relacionada con el embarazo también se ha asociado con mayor riesgo de depresión y ansiedad en la infancia (Van den Bergh et al., 2008), trastorno por déficit de atención e hiperactividad y retrasos en el desarrollo (Van den Bergh y Marcoen, 2004). Asimismo, en aquellos casos en que se ha evaluado la influencia tanto de la ansiedad general como de la específica, con respecto a posibles consecuencias relacionadas con el nacimiento y la infancia, se ha visto que la ansiedad específica es un predictor robusto de las mismas independiente de la ansiedad general (Dunkel-Schetter y Tanner, 2012; Huizink et al., 2002; Reck et al., 2013).

Los resultados adversos asociados a la ansiedad relacionada con el embarazo demuestran la necesidad de realizar una evaluación adecuada y específica para identificar a las mujeres que la padecen. Además, el hecho de que pueda tener efectos adversos en el parto subraya la importancia de realizar su evaluación en las primeras etapas del embarazo, para disponer de tiempo suficiente para, en caso necesario, llevar a cabo la intervención más adecuada (Dennis et al., 2017). Sin embargo, este tipo específico de ansiedad no se tiene en cuenta en las escalas generales de evaluación de la ansiedad que se utilizan comúnmente durante la gestación, como el STAI de Spielberger et al. (1970) o el cuestionario *Generalized Anxiety Disorder* 7-ítem (GAD-7) de Spitzer et al. (2006). Como consecuencia, es posible que no se detecte a todas las mujeres que realmente experimentan altos niveles de ansiedad en este período de la vida. De este modo, los

resultados derivados del uso de escalas generales podrían estar subestimando su prevalencia, lo cual se deriva en la no atención a las mujeres no detectadas. Por lo tanto, al igual que existe un cuestionario específico para la evaluación de la depresión perinatal, como es el caso de la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox et al. 1987), que es la escala de referencia a nivel internacional (Cox, 2019), y que en España ha sido adaptada y validada para poder ser utilizada tanto en el postparto (García-Esteve et al., 2003) como en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019), es necesario también desarrollar herramientas válidas y fiables para el cribado de la ansiedad relacionada con el embarazo (Askarizadeh et al., 2017).

El objetivo de este estudio es dar a conocer los datos de la validación del Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (PRAQ) de Van den Bergh (1990) en España, tanto de la versión original como de una versión abreviada, como instrumento de cribado para detectar ansiedad específica del embarazo en mujeres españolas. Asimismo, se pretende informar de la prevalencia hallada con dicho instrumento en cada trimestre, para comprobar si la ansiedad general y específica son entidades similares o diferentes y si siguen el mismo curso.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se invitó a participar en un estudio longitudinal a una muestra de 635 mujeres embarazadas españolas en su primer trimestre de gestación, atendidas en las consultas de obstetricia de su hospital de referencia (Complejo Hospitalario Universitario de Ourense) para el seguimiento rutinario de su embarazo. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, participar voluntariamente en el estudio y tener una perfecta comprensión del español tanto hablado como escrito. De estas mujeres, 26 rechazaron participar en el estudio, 33 tuvieron un aborto y 7 un parto prematuro. Finalmente, la muestra del estudio quedó formada por 569 mujeres que completaron los cuestionarios en los tres trimestres de embarazo.

La edad de las participantes osciló entre los 18 y 45 años ($M = 32,80$, $DT = 4,75$). La mayoría estaban casadas o vivían en pareja (94,9%), eran primíparas (59,4%), el 46,4% tenían estudios universitarios y el embarazo fue planeado en el 85,9% de los casos. Con respecto a la situación laboral, el 75,0% de la muestra estaba trabajando.

MATERIALES

Cuestionario sociodemográfico y obstétrico-ginecológico. Se elaboró un cuestionario específico para este estudio que

recogía información sobre variables sociodemográficas, la historia obstétrica previa y el embarazo actual.

Cuestionario de ansiedad relacionada con el embarazo (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire, PRAQ-55; Van den Bergh, 1990). El PRAQ-55 es un cuestionario que hace referencia a miedos y preocupaciones relacionadas con el embarazo y describe cómo se siente la mujer en ese momento. En el presente estudio se utilizó la adaptación española del PRAQ-55 (Vázquez et al., 2018). Consta de 55 ítems y siete opciones de respuesta cuyas puntuaciones se sitúan entre 1 y 7. Por tanto, la puntuación total puede oscilar entre 55 y 385, de tal forma que, a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad específica del embarazo. Para establecer un punto de corte, se optó por la puntuación correspondiente al percentil 85, es decir, al 15% de mujeres que puntuaban más alto en la escala. De este modo, una puntuación total ≥ 234 haría referencia a un nivel de ansiedad específica del embarazo elevada, mientras que una puntuación < 234 indicaría bajo nivel de ansiedad específica del embarazo. La fiabilidad de la PRAQ-55 en esta muestra fue de ,97 en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo.

El PRAQ-20 (Vázquez y Míguez, 2021) es una versión breve del PRAQ-55 que consta de 20 ítems con 5 opciones de respuesta cuyas puntuaciones se sitúan entre 1 y 5. Por tanto, la puntuación total puede oscilar entre 20 y 100, de tal forma que, a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad específica del embarazo. El punto de corte correspondiente al percentil 85 se estableció en una puntuación total ≥ 67 para aquellas mujeres con un nivel de ansiedad específica del embarazo elevada, mientras que una puntuación < 67 indicaría bajo nivel de ansiedad específica del embarazo. En esta muestra, la fiabilidad del PRAQ-20 fue de ,91 en el primer trimestre y de ,93 en el segundo y tercer trimestre, respectivamente.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI) de Spielberger et al. (1970; versión española TEA, 1982). El STAI evalúa tanto el nivel actual de ansiedad, como la predisposición de la persona a sufrir ansiedad. Se compone de 40 ítems, 20 hacen referencia a la subescala Estado (STAI-E) y los otros 20 a la subescala Rasgo (STAI-R). La subescala Estado está formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. Se responde a los ítems utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos, en los que las alternativas de respuesta son 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho. La puntuación para cada subescala oscila entre 0 y 60, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de ansiedad. Para la ansiedad estado, el punto de corte que se recomienda con mujeres se sitúa en una puntuación mayor de 31, lo cual se corresponde con el percentil 75. En esta muestra, la fiabilidad de la escala de ansiedad estado fue de ,91 en el primer trimestre y de ,92 en el segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente.

PROCEDIMIENTO

La muestra fue reclutada en el primer trimestre de embarazo en las consultas de obstetricia del hospital de referencia entre septiembre de 2015 y diciembre de 2016. Se informó verbalmente y por escrito a las participantes sobre el objetivo y la metodología del estudio, y se solicitó su cooperación. Una vez firmado el consentimiento informado, se llevó a cabo la administración individual de los diferentes cuestionarios. Las entrevistas se realizaron en el primer trimestre de embarazo (T1), entre las 8-14 semanas ($M = 10,87$, $SD = 2,36$); en el segundo trimestre (T2), entre las 20-24 semanas ($M = 20,70$, $SD = 1,22$); y en el tercer trimestre (T3), entre las 32-36 semanas ($M = 34,64$, $SD = 1,26$). La duración media de las entrevistas fue de 40 minutos en cada trimestre.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Galicia (CEIC) y autorizado por la gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

DISEÑO

Estudio longitudinal prospectivo.

RESULTADOS

Las puntuaciones medias del PRAQ-55 para cada trimestre de embarazo fueron 122,48 ($DT = 41,71$), 117,59 ($DT = 44,02$) y 116,96 ($DT = 43,95$), respectivamente. En cuanto al PRAQ-20, las puntuaciones medias fueron de 50,66 ($DT = 16,76$) en el primer trimestre, 47,37 ($DT = 17,93$) en el segundo y 44,68 ($DT = 18,02$) en el tercero. Respecto a las puntuaciones medias del STAI, éstas fueron de 16,96 ($DT = 10,25$), 14,29 ($DT = 9,02$) y 15,94 ($DT = 9,87$), respectivamente.

La prevalencia de ansiedad específica del embarazo con el PRAQ-55 fue del 16,0%, 15,6% y 13,5% en el 1º, 2º y 3º trimestre, respectivamente. Con el PRAQ-20 la prevalencia fue del 18,1%, 16,5% y 12,1%. La prevalencia de la ansiedad general evaluada con el STAI fue del 10,0%, 5,3% y 7,2% (Figura 1).

La diferencia de prevalencia entre la ansiedad relacionada con el embarazo (PRAQ-55) y la ansiedad general (STAI) fue estadísticamente significativa en el primer ($\chi^2 = 2,91$, $p = ,004$, V de Cramer = ,22), segundo ($\chi^2 = 5,62$, $p < ,001$, V de Cramer = ,16) y tercer trimestre del embarazo ($\chi^2 = 3,40$, $p < ,001$, V de Cramer = ,27). En particular, la prevalencia de la ansiedad relacionada con el embarazo con el PRAQ-55 fue mayor que la ansiedad general.

Asimismo, la diferencia de prevalencia entre la ansiedad relacionada con el embarazo con el PRAQ-20 y la ansiedad general (STAI) fue estadísticamente significativa en el primer ($\chi^2 = 3,84$, $p < ,001$, V de Cramer = ,24), segundo ($\chi^2 = 5,99$, $p < ,001$, V de Cramer = ,17) y tercer trimestre ($\chi^2 = 2,71$, $p = ,006$,

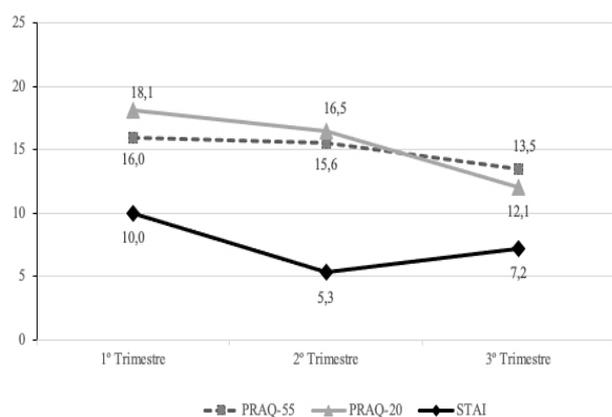
V de Cramer = ,31). En concreto, la prevalencia de ansiedad relacionada con el embarazo con el PRAQ-20 también fue mayor que la prevalencia de ansiedad general.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia encontrada con el PRAQ-55 y el PRAQ-20 en el primer trimestre ($\chi^2 = 0,87$, $p = ,386$), en el segundo ($\chi^2 = 0,32$, $p = ,747$), y en el tercero ($\chi^2 = 0,62$, $p = ,535$).

Con respecto a la trayectoria (Figura 1), la ansiedad específica, tanto evaluada con la PRAQ-55 como evaluada con la PRAQ-20, disminuye de forma continua desde el primer trimestre hasta el tercero. Sin embargo, la ansiedad general sigue una trayectoria en V, disminuyendo en el segundo trimestre y aumentando en el tercero, pero sin alcanzar los niveles del primer trimestre.

Figura 1.

Prevalencia de la ansiedad específica con el PRAQ-55 y el PRAQ-20 y de la ansiedad general con el STAI en cada trimestre de embarazo.



DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es dar a conocer el PRAQ como instrumento para el cribado de la ansiedad específica del embarazo en mujeres españolas, además de proporcionar los datos de la prevalencia de ansiedad específica del embarazo hallada con dicho instrumento en cada trimestre de embarazo.

Las propiedades psicométricas de la adaptación del PRAQ-55 y el PRAQ-20 en mujeres gestantes españolas indican que son instrumentos adecuados para evaluar la ansiedad específica del embarazo. Tanto en el PRAQ-55 como en el PRAQ-20, se utilizó el percentil 85 de la puntuación total para identificar a las mujeres con elevada ansiedad relacionada con el embarazo. La diferencia entre la prevalencia encontrada con el PRAQ-55 y el PRAQ-20 no fue estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede afirmar que, a pesar de la reducción del número de ítems, el PRAQ-20 es un instrumento válido para identificar a las mujeres

con ansiedad relacionada con el embarazo. De este modo, se facilita la aplicación de la escala en la práctica clínica, ya que se reduce considerablemente el tiempo necesario para realizar la evaluación.

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia hallada con el PRAQ (PRAQ-55 y PRAQ-20) y la prevalencia obtenida con el STAI. Estos resultados corroboran dos hipótesis propuestas por Huizink et al. (2004); por un lado, los datos sobre la prevalencia de la ansiedad relacionada con el embarazo obtenidos con escalas de ansiedad generales podrían estar subestimando el número real de mujeres con niveles elevados de ansiedad durante el embarazo; y, por otro, se confirma que la ansiedad general y la ansiedad relacionada con el embarazo podrían ser entidades diferentes.

La prevalencia de ansiedad específica del embarazo en este estudio osciló entre el 12,1% y el 18,1%. Otros autores han encontrado una prevalencia muy dispar, oscilando entre el 11,0% (Fontein-Kuipers et al., 2015) y el 30,8% (Koelewijn et al., 2017), si bien no aportan datos por trimestre, solo sobre el conjunto del embarazo. Por tanto, no han tenido en cuenta que la prevalencia de la ansiedad varía en cada trimestre.

En este estudio, la trayectoria de la ansiedad específica del embarazo hallada con el PRAQ-55 y con el PRAQ-20 es descendente, pues disminuye desde el primer trimestre (16% y 18%) hasta el tercero (13,5% y 12,1%). Este hallazgo contrasta con los datos aportados por Dennis et al. (2017), pues la trayectoria de ansiedad en el embarazo evaluada con cuestionarios de autoinforme fue ascendente, aumentando desde el primer trimestre (18,2%) hasta el tercero (24,6%). No obstante, estos autores hallaron que cuando la ansiedad era evaluada con herramientas diagnósticas la trayectoria era similar a la del presente estudio, descendiendo desde el primer trimestre (18,0%) hasta el tercero (15,0%). Una posible explicación de la trayectoria hallada podría ser que los miedos y preocupaciones disminuyen a lo largo de las semanas de embarazo porque las mujeres se adaptan a su nueva situación, reciben información y tienen más conocimientos sobre el proceso del embarazo y el parto. Cabe destacar en ese sentido las sesiones de educación maternal, pues tienen como objetivo dotar a la madre de conocimientos, estrategias y habilidades que les preparen para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida en aquellas cuestiones sobre las cuales sientan más inseguridades. El mero hecho de asistir, de estar en contacto con otras mujeres en la misma situación y con las mismas necesidades, de tener a un profesional de referencia que escucha empáticamente y resuelve dudas, puede minimizar el impacto de los posibles miedos y preocupaciones que la mayoría de las mujeres presentan en el embarazo. La asistencia a clases de educación maternal, a las que

asisten muchas de las embarazadas (asistió el 63,5% de las participantes en el estudio), podría tener un papel importante en la canalización de la sintomatología ansiosa específica del embarazo. En consecuencia, debería fomentarse la participación en estas sesiones, ya que permitiría detectar e implementar intervenciones para reducir la ansiedad.

CONCLUSIONES

La utilización del PRAQ durante la gestación permite la detección temprana de la ansiedad específica del embarazo y, de tratarse, se podría evitar que se prolongara al postparto, lo cual contribuiría a mejorar el cuidado de la etapa perinatal. Por lo tanto, se recomienda que todas las mujeres embarazadas sean evaluadas con el PRAQ como parte de la atención rutinaria durante el embarazo. Aquellas que obtengan una puntuación superior al punto de corte establecido en dos evaluaciones consecutivas separadas por al menos 15 días debieran ser remitidas a los servicios de salud mental para una evaluación diagnóstica y tratamiento si fuera necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askarizadeh, G., Karamoozian, M., y Darekordi, A. (2017). Validation of Iranian version of Pregnancy Related Anxiety Questionnaire. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 17. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_63_16
- Cox, J. L., Holden, J. M., y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 127-129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>
- Dennis, C. L., Kobra, F. H., y Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 315-323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Dunkel-Schetter, C., y Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., y Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 198, 142-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010>
- Fontein-Kuipers, Y., Ausems, M., Budé, L., Limbeek, E. Van De Vries, R., y Nieuwenhuijze, M. (2015). Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. *Women and Birth*, 28, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.002>
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71-76. <https://doi.org/S0165032702000204>
- Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., y Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-191>
- Huizink, A. C., Robles De Medina, P. G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., y Buitelaar, J. K. (2002). Psychological Measures of Prenatal Stress as Predictors of Infant Temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1078-1085. <https://doi.org/10.1097/00004583-200209000-00008>
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H., y Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Koelewijn, J. M., Sluijs, A. M., y Vrijkotte, T. G. M. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 7, e13413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013413>
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., y Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., y Wittchen, H. U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86(5), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004>
- Míguez, M. C., Fernández, V., y Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Psicología Conductual*, 25(1), 47-64.
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., y Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B., y Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives Of Women's Mental Health*, 16(5), 363-369. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0344-0>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory [Spanish version, Ediciones TEA, 1982]. Consulting Psychologists Press

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder, the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., y Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956), 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)

Usuda, K., Nishi, D., Makino, M., Tachimori, H., Matsuoka, Y., Sano, Y., Konishi, T., y Takeshima, T. (2016). Prevalence and related factors of common mental disorders during pregnancy in Japan: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 10 (1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13030-016-0077-1>

Van den Bergh, B. R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal y Perinatal Psychology y Health*, 5(2), 119-130.

Van den Bergh, B. R., y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, 75(4), 1085-1097. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x>

Van den Bergh, B. R., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., y Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology*, 33 (3), 536-545. <https://doi.org/1301450>

Vázquez, M. B., y Míguez, M. C. (2019). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, 246, 515-521. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.12.075>

Vázquez, M. B., y Míguez, M. C. (2021). Spanish brief version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire: PRAQ-20. *Clinica y Salud*, 32(1), 15-21. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2020A22>

Vázquez, M. B., Pereira, B., y Míguez, M. C. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ). *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E64. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.67>

TRATAMIENTO INTEGRADOR EN UN CASO DE DOLOR CRÓNICO

Iria Mestre Díaz, Laura Quiles Higuero, Olga Ribera Asensi, Alejandro Pérez Mora y Elena Cabedo Barber

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Resumen: En este artículo se presenta el caso de una mujer de 55 años con dolor crónico muscular generalizado de 3 años de evolución y sintomatología ansioso-depresiva asociada al mismo. Tras realizar una revisión bibliográfica de los tratamientos psicológicos con mayor evidencia para el dolor crónico se realiza una intervención integradora basada en el protocolo cognitivo-conductual de Moix y Kovacs (2009) junto a elaboración emocional de la historia personal y la situación actual. Los objetivos terapéuticos fueron aumentar la comprensión del malestar emocional, mejorar el manejo del dolor, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, aumentar la asertividad y mejorar la autoestima. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento del progreso de la psicoterapia (OQ-45.2) y la percepción subjetiva de la calidad de vida (QLI-SP). La paciente mejoró significativamente tras el tratamiento.

Palabras clave: dolor crónico, estudio de caso, tratamiento integrador.

INTEGRATIVE TREATMENT IN A CASE OF CHRONIC PAIN

Abstract: This article presents the case of a 55-year-old woman with chronic generalized muscle pain of 3 years of evolution and associated anxiety-depressive symptoms. After conducting a bibliographic review of the psychological treatments with more evidence for chronic pain, an integrative intervention based on the cognitive-behavioral protocol of Moix and Kovacs (2009) was carried out together with the emotional elaboration of the personal history and the actual situation. The therapeutic objectives were to increase understanding of emotional distress, improve pain management, decrease anxiety-depressive symptoms, increase assertiveness, and improve self-esteem. Pre and post treatment measurements of psychotherapy progress (OQ-45.2) were performed. and the subjective perception of quality of life (QLI-SP). The patient improved significantly after treatment.

Keywords: chronic pain, case study, integrative treatment.

INTRODUCCIÓN

Conceptualmente el dolor se describe como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial, o descrito en términos de tal daño” (Merskey y Bogduk, 1994). Así, el dolor incluye aspectos físicos, emocionales y cognitivos.

Según estos mismos autores se considera dolor crónico “todo cuadro álgido de más de tres meses de duración que persiste después de la lesión que lo originó”. Aunque hay pocos estudios actuales sobre su prevalencia se estima que en España afecta a un 17% de la población (Langley et al., 2011; Soares et al., 2010).

Dentro del concepto “dolor crónico” se distingue entre el dolor crónico maligno, que indica que existe un deterioro progresivo en nuestro organismo, y el dolor crónico benigno, que no “avisa” de ningún deterioro y, por esto mismo, se puede etiquetar como inútil (Moix, 2005). Puede englobar distintas patologías como cefaleas, lumbalgias, fibromialgia, neuropatías... por lo que la mayoría de casos se abordan en atención primaria a la vez que se realizan consultas a diferentes especialidades, ya que carece de una especialidad médica concreta a la que adscribirse (Torralba et al., 2014).

Actualmente sabemos que los pacientes que padecen dolor crónico están más expuestos a la acción de factores psicológicos (ansiedad, miedo al dolor, depresión) y sociales (conflictos familiares, pérdida de roles, riesgo laboral) y que

estos factores influyen negativamente en el curso de la enfermedad (González, 2014). Se asocia a un incremento del riesgo de presentar psicopatología ansiosa y depresiva (Poole et al., 2009), llegando incluso a aumentar el riesgo de suicidio (Tang y Crane, 2006). En España el 48% de estos pacientes sufrían un cuadro depresivo asociado y hasta un 50% padecían trastornos del sueño (Breivik et al., 2006; Rodríguez, 2006). Otros de los síntomas más frecuentes son la ansiedad, que aparece hasta en un 47% de los pacientes, y la irritabilidad, presente en el 30% de los casos (Soares et al., 2010).

Teniendo en cuenta los datos psicopatológicos asociados al dolor crónico y las dimensiones psicológicas del dolor se considera importante el abordaje multidisciplinar desde una perspectiva biopsicosocial, incluyendo la terapia psicológica como parte del mismo.

Actualmente la intervención cognitivo-conductual ha demostrado efectividad en el tratamiento de pacientes con dolor crónico (Eccleston et al., 2009; Lamb et al., 2010; Lunde et al., 2009; Moix y Casado, 2011) junto con la terapia médica. Otras intervenciones como la escritura emocional están en estudio (Moix, 2011). En algunos casos encontraron efectos positivos en el abordaje del dolor crónico (Gillis et al., 2006; Junghaenel et al., 2008; Lumley et al., 2012). Otro metaanálisis concluyó que las personas con experiencias traumáticas eran las más beneficiadas de la escritura emocional (Frattaroli, 2006). Dado que la paciente refirió acontecimientos vitales difíciles que aún le generaban malestar se incluyó esta técnica.

Además se utilizó la validación emocional durante de toda la terapia, entendida como “la comunicación de que los comportamientos, emociones o pensamientos del paciente tienen sentido y son entendibles en el contexto actual” (Linehan, 1993).

El objetivo del presente estudio de caso es describir y evaluar los efectos de la intervención realizada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

Teresa es una mujer de 55 años, casada, con 2 hijos. Convive con su marido, su hija menor (adolescente) y su padre. Actualmente se encuentra de baja laboral, su puesto habitual es de auxiliar de enfermería en un hospital. No tiene antecedentes familiares significativos.

MOTIVO DE CONSULTA

Acude a la consulta de Psicología Clínica del Centro de Salud Mental derivada por el psiquiatra de referencia por sintomatología ansioso-depresiva en contexto de dolor

crónico generalizado que interfiere en sus actividades cotidianas y que no mejora con terapia farmacológica.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Presenta antecedentes de seguimiento psiquiátrico por trastorno adaptativo reactivo a problemática laboral, cuya sintomatología cesó hace 6 años. Hace 3 años tras una intervención quirúrgica experimenta problemas de dolor generalizado (cuyas causas físicas siguen en exploración) que le interfieren significativamente en actividades básicas de la vida diaria y en el ámbito laboral. Progresivamente aparece sintomatología ansioso-depresiva que la paciente relaciona con las limitaciones asociadas al dolor. Actualmente Teresa está en seguimiento por distintas especialidades (Atención primaria, Neurología, Traumatología, Psiquiatría, la Unidad del Dolor del departamento del Hospital Clínico-Malvarrosa de Valencia). Recibe terapia farmacológica tanto para el dolor como para la sintomatología ansioso-depresiva. Refiere también una disminución del apoyo social percibido que activa la percepción de escasa validación emocional en su infancia.

En la entrevista clínica Teresa refiere una biografía marcada por la invalidación emocional en el seno familiar y con aspectos que aún le generan malestar. Durante las sesiones de evaluación se identifican la tendencia a la evitación emocional y las dificultades para reconocer y expresar sus emociones por temor al abandono, por lo que le cuesta expresar cómo se encuentra a su pareja (a pesar de percibirlo como un buen apoyo) y sus amistades cercanas. Otra dificultad era el miedo a que su hija la viera sufrir y se preocupara, por lo que tendía a “mostrarse fuerte” en su presencia.

MÉTODO

La metodología utilizada fue la de estudio de caso único. Se recogió el consentimiento informado sobre el uso de los datos en investigación y en el presente artículo se han modificado los datos identificativos para preservar la confidencialidad.

Se utilizó la entrevista no estructurada durante la evaluación antes y después de la intervención y autorregistros durante todo el proceso.

INSTRUMENTOS

- **Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2)** (Lambert et al. 1996): se administró la adaptación al español por De la Parra y Von Bergen (2002). Es un cuestionario autoaplicado de 45 ítems con opción de respuesta tipo escala Likert de 5 puntos (“nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “con frecuencia”,

“casi siempre”, las puntuaciones numéricas van del 0 al 4). Fue diseñado para medir los resultados psicoterapéuticos en tres dimensiones: “síntomas y malestar subjetivo” (que incluye síntomas ansioso-depresivos, somatización, conductas adictivas y autodestructivas); “relaciones interpersonales” (referida a cuestiones de la vida familiar, de pareja y amistad) y “rol social” (que evalúa rendimiento laboral, ocio y tiempo libre).

El OQ-45.2 se considera un instrumento válido para medir el progreso en psicoterapia (De la Parra y Von Berguen, 2006; Iraurgi y Penas, 2021).

Para interpretar el OQ-45.2 hay que tener en cuenta tres aspectos. Por un lado, se considera que hay algunos ítems críticos como el 8 (potencial suicida), el 11, el 26 y el 32 (abuso de sustancias) y el 44 (violencia en el trabajo). Por otro se obtiene una puntuación total (0-180) cuyo punto de corte es 73 e indica gran incomodidad sintomática. Al calcular el Índice de Cambio Confiable se considera que cualquier variación superior a 17 puntos es relevante. Por último, se calculan también las 3 subescalas que miden las dimensiones ya mencionadas:

Incomodidad somática: punto de corte = 43. Puntuaciones superiores indican la presencia de síntomas y la preocupación del paciente por los mismos. Variaciones superiores a 12 puntos se consideran relevantes.

Relaciones interpersonales: punto de corte = 16. Puntuaciones superiores indican dificultades en esta área. Variaciones superiores a 9 puntos se consideran relevantes.

Rol social: punto de corte = 14. Puntuaciones superiores indican dificultades en este aspecto. Variaciones superiores a 8 puntos se consideran relevantes.

- Índice de Calidad de Vida (QLI-SP) (Mezzich et al., 1999): es un cuestionario autoaplicado de 10 ítems con formato de respuesta de opción múltiple tipo Likert de 1 a 10 elaborado para medir la calidad de vida subjetiva. La puntuación va de malo (1) a excelente (10).

Este cuestionario está validado empíricamente para medir la calidad de vida (Lorente et al., 2002; Mezzich y Cohen, 1997).

Ambos cuestionarios se aplicaron al inicio y al final de la intervención.

PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Al inicio de la intervención la paciente presenta sintomatología depresiva: estado de ánimo bajo, hipohedonia asociada al dolor, baja autoestima, apatía, insomnio, alteraciones del apetito, dificultades de concentración, tendencia al llanto, desesperanza, ideas de

muerte pasivas en los momentos de mayor dolor. También refiere sintomatología ansiosa: aumento de la ansiedad basal, tendencia a la rumiación, conductas evitativas. Destacan la tendencia a la autoexigencia y a no expresar cómo se encuentra para no preocupar al entorno, por lo que se sentía poco comprendida por el mismo.

Se plantean como objetivos terapéuticos aumentar la comprensión sobre su malestar emocional, mejorar el manejo del dolor y las emociones, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva y aumentar la asertividad.

Las dos primeras sesiones se dedicaron a revisar la historia personal de Teresa desde la infancia.

Se realizó una intervención integradora en base a la propuesta cognitivo-conductual para dolor crónico basada en el protocolo de Moix y Kovacs (2009) adaptado a la intervención individual. Dicho protocolo incluye los siguientes componentes:

- Entrenamiento en relajación y respiración.
- Manejo de la atención.
- Reestructuración cognitiva.
- Solución de problemas.
- Manejo de emociones y asertividad.
- Valores vitales y establecimiento de objetivos.
- Organización del tiempo y actividades de refuerzo.
- Ejercicio físico, higiene postural y del sueño y prevención de recaídas.

Antes de introducir el último módulo Teresa inició la práctica de estiramientos pautados por un profesor particular de yoga con los que notó una mejoría a nivel físico y potenció las prácticas de relajación y respiración.

Durante todo el tratamiento se validó emocionalmente a Teresa para favorecer la aceptación y gestión emocional.

Durante las sesiones telefónicas se utilizó la escritura emocional adaptando las instrucciones de Gillis et al. (2006). Se acordó escribir durante 20 minutos 4 días a la semana sobre eventos estresantes de su vida que aún le generasen malestar mediante escritura libre. Se señaló la importancia de experimentar las emociones, imágenes o recuerdos de la manera más intensa posible y que las escribiera junto con cómo le hacía sentir escribir y pensar sobre ello, así como cómo creía que podrían afectarle estas experiencias en relación al dolor y las relaciones actuales. Se pidió que continuase con la misma experiencia hasta que la considerase resuelta. Estos escritos podían compartirse o no durante las sesiones.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Se realizaron 14 sesiones de 50 minutos de duración. Las primeras 8 sesiones fueron presenciales y quincenales.

Tuvimos 4 sesiones telefónicas debido a la emergencia sanitaria generada por la COVID-19 que se espaciaron entre ellas hasta 3 semanas. Las últimas 2 sesiones volvieron a ser presenciales y quincenales.

RESULTADOS

Respecto a los resultados de los cuestionarios fueron los siguientes:

OQ-45.2: respecto a los ítems críticos el 8 (“pienso en quitarme la vida”) se valoró antes de la intervención como un pensamiento que aparecía “con frecuencia” (3/4), tras la intervención se redujo a una puntuación de 1/4 (“casi nunca”). El ítem 44 (“me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que me puedo arrepentir”) pasó de obtener la puntuación máxima de 4/4 (“casi siempre”) a valorarse como 2/4 (“a veces”).

La puntuación total previa al tratamiento fue de 143, que indicaba sintomatología relevante. En la escala de incomodidad somática la puntuación fue de 89, en la de relaciones interpersonales fue de 29 y en la de rol social fue de 25. Así, había sintomatología significativa en todas las áreas.

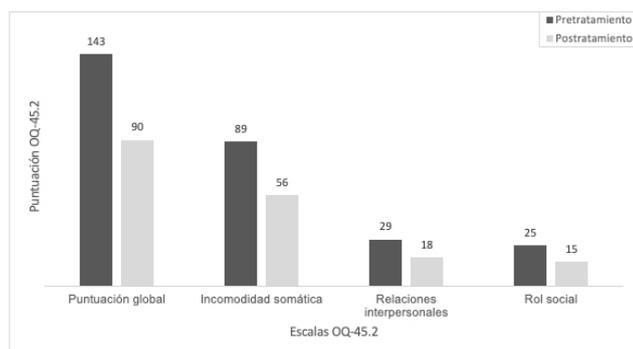
Tras la intervención la puntuación total fue de 90 que, aunque sigue siendo superior al punto de corte, se considera una reducción significativa de la sintomatología.

Respecto a las subescalas en la escala de incomodidad somática la puntuación se redujo a 56 (una disminución de 32 puntos), en la de relaciones interpersonales disminuyó a 18 (una disminución de 11 puntos) y en la de rol social bajó a 15 (una diferencia de 10 puntos). Por este motivo, a pesar que las puntuaciones totales continuaran siendo superiores al punto de corte la disminución en todas las áreas se considera significativa.

Podemos observar las puntuaciones y sus variaciones en la Figura 1.

Figura 1

Resultados OQ-45.2 Pretratamiento y Postratamiento

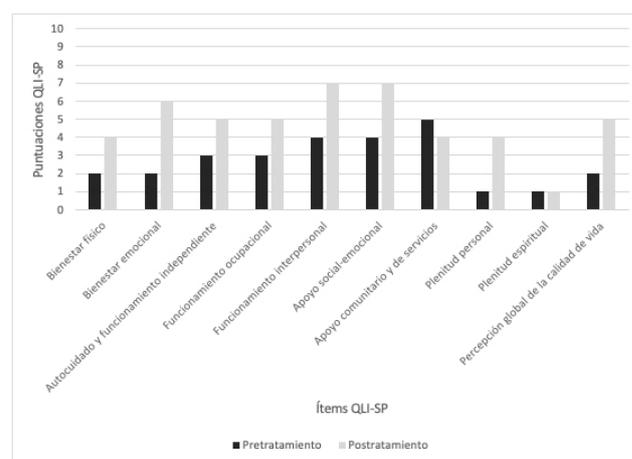


QLI-SP: en cuanto al QLI-SP no se encuentran diferencias en la plenitud espiritual (valorada como 1) pero sí en el resto de variables. El bienestar físico pasó de una puntuación de 2 a una de 4, el bienestar emocional pasó de 2 a 6, el autocuidado y funcionamiento independiente y el funcionamiento ocupacional pasaron de 3 a 5, el funcionamiento interpersonal y el apoyo social-emocional pasaron de 4 a 7, la plenitud personal aumentó de un 1 a un 4 y la percepción global de la calidad de vida aumentó de 2 a 5. La única variable que se redujo fue el apoyo comunitario y de servicios de 5 a 4.

En la Figura 2 se muestra la comparativa entre los resultados pre y postratamiento en la percepción de la calidad de vida.

Figura 2

Resultados QLI-SP Pretratamiento y Postratamiento.



Tras el tratamiento la paciente refiere en la sesión de cierre una reducción de la sintomatología asociada al uso de nuevas estrategias de afrontamiento, a una mayor comprensión de su historia, al aumento de la conexión emocional y a una mayor percepción de autoeficacia, así como a una mejora en el manejo de las sensaciones de dolor. También refirió una mejoría en las relaciones sociales asociada a la comunicación asertiva y una disminución de la sensación de incompreensión por parte del entorno.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados recogidos mediante la entrevista, los autorregistros y los cuestionarios se observa una mejoría en la mayoría de las áreas evaluadas.

La paciente modificó el estilo de afrontamiento respecto al dolor, pasando de un estilo más pasivo que perpetuaba las dificultades asociadas al mismo a otro más activo y centrado en la aceptación y el autocuidado. Este cambio fue beneficioso, aunque el dolor y las limitaciones seguían estando presentes en su día a día, y coincide con la aplicación

de la teoría procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1986) al dolor crónico: la modificación de las estrategias de afrontamiento puede minimizar el impacto negativo sobre el bienestar psicológico de la persona. Esto se refleja especialmente en la mejoría en la incomodidad somática del OQ-45.2 y las escalas de bienestar físico, emocional y autocuidado del QLI-SP.

Una cuestión muy importante que se abordó mediante la reestructuración cognitiva fue la disminución de las expectativas autoimpuestas sobre los logros, ya que eran extremas y poco ajustadas a su situación actual. Teresa reconocía que siempre había sido una persona muy autoexigente y activa, con tendencia al pensamiento dicotómico. Ajustar las creencias a lo que realmente podía hacer en la actualidad, dejar de compararse con lo que hacía previamente y valorar los avances diarios junto con el auto-refuerzo de los mismos fue un punto clave que se relaciona con la disminución de la incomodidad somática en el OQ-45.2. El abordaje de las creencias de autoeficacia y expectativas de resultado también se destaca en otros estudios de caso (Casanova, 2016) y ha sido resaltado en la intervención en casos de dolor crónico (Truyols et al., 2008).

Respecto a la gestión emocional el permitirse sentir las emociones y expresarlas fue uno de los aspectos que la paciente verbalizó como más relevantes para ella al finalizar la intervención, ya que mejoró su relación con sus propias emociones y su manejo. En este sentido la emoción que más dificultad generaba era la ira, que ha sido la emoción más ampliamente ha sido observada en el dolor crónico (Truyols et al., 2008). Los avances en el manejo y expresión emocional, junto con la comunicación asertiva, facilitaron entre otros aspectos la convivencia con la familia y las relaciones con las amistades íntimas, disminuyendo así la tensión generada por los conflictos que se generaban antes de iniciar el tratamiento. Estas mejorías se reflejan tanto en las escalas de incomodidad somática, de relaciones interpersonales y rol social del OQ-45.2 como en las de bienestar emocional, funcionamiento interpersonal y apoyo social del QLI-SP.

Respecto a las limitaciones de la intervención señalar que durante el tratamiento el país vivió una situación de emergencia sanitaria debida al COVID-19 que dificultó el acceso a la Atención Primaria y Especializada. Esta época fue difícil para Teresa, quien verbalizó que se sentía abandonada por parte de las especialidades médicas que realizaban el seguimiento de su caso a pesar de comprender que era una situación de crisis. Esta sensación de abandono se refleja en los cuestionarios en la disminución del apoyo comunitario y de servicios.

Al preguntarle por el paso a la intervención psicológica telefónica valoró como positivo no tener que desplazarse e implicar menos riesgo en ese contexto y como negativo que

dificultaba el trabajo emocional. En este sentido la escritura emocional fue de gran ayuda.

Otra limitación a señalar es que en las últimas sesiones se produjo una pérdida importante para la paciente, por lo que anímicamente hubo un empeoramiento que ella misma relacionó con el proceso de duelo. Además, no se pudo realizar un seguimiento posterior a la intervención por finalizar la rotación en el centro de la terapeuta.

Teniendo en cuenta todos los factores y la satisfacción subjetiva verbalizada por Teresa la integración de la terapia cognitivo-conductual junto con la elaboración emocional de la historia personal y el foco en las dificultades actuales de regulación han tenido un efecto positivo en la reducción de la sintomatología.

Recomendaríamos el uso de la escritura emocional en casa en pacientes con dolor crónico en los que hubiera una afectación emocional derivada de aspectos no resueltos de su historia personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain (London, England)*, 10(4), 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>

Casanova, I. (2016). Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual en un caso de dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2, 121-151. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912888>

de la Parra, G., y Von Bergen, G. (2006). Medición de los resultados en psicoterapia: uso del OQ.45.2, un instrumento validado en Chile. *Revista GU*, 2(2), 2008-222.

Eccleston, C., Williams, A. C., y Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD007407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub2>

Fratraro, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823–865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>

Gillis, M. E., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C., y Roehrs, T. (2006). The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia: a randomized trial. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 32(2), 135–146. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3202_11

González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica las Condes*, 25(4), 610 – 617. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)

- Iraurgi, I., y Penas, P. (2021). Outcomes Assessment in Psychological Treatment: Spanish adaptation of OQ-45 (Outcome Questionnaire). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 56-63. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.7>
- Junghaenel, D. U., Schwartz, J. E., y Broderick, J. E. (2008). Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 57-60. <https://doi.org/10.1348/135910707X251162>
- Lamb, S. E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnuovo, E., Withers, E. J., Nichols, V., Potter, R., Underwood, M. R., y Back Skills Training Trial investigators (2010). Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet (London, England)*, 375(9718), 916-923. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62164-4)
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., y Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. American Professional Credentialing Services, 35.
- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andrés, J., y Castellón, J. R. G. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(3), 367-380. <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.583303>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lorente, E., Ibáñez, I., Moro, M., y Ruipérez, M. A. (2002). Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y salud integral*, 2 (2), 45-50. Recuperado de <https://medworksmidia.com/wp-content/uploads/2017/10/45-50-PSI-V2-N2-LORENTE.pdf>
- Lunde L. H., Nordhus I. H., y Pallesen S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(3), 254-262. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9162-y>
- Lumley, M. A., Sklar, E. R., & Carty, J. N. (2012). Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. *Translational behavioral medicine*, 2(1), 73-81. <https://doi.org/10.1007/s13142-011-0085-4>
- Merskey, H., y Bogduk, N. (1994). Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. En: *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. IASP press.
- Mezzich J. E. y Cohen N. L. (Mayo 17-23, 1997). Culture-sensitive assessment of quality of life. Presentado en: Annual Meeting of the American Psychiatric Association. *Quality of Life in Multicultural Societies* (Simposio). San Diego, CA, Estados Unidos.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Moix, J., y Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>
- Moix, J., y Kovacs, F. M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Paidós.
- Poole, H., White, S., Blake, C., Murphy, P., y Bramwell, R. (2009). Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, 9(3), 173-180. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00274.x>
- Rodríguez, M. J. (2006). Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 13(8), 525-532. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800003
- Soares Weiser, K., Sola, I., Aromataris, E., Tornero, J., Pérez, C., Margarit, C., y Kleijnen, J. (2010). *Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain*. Fundación Grünenthal.
- Tang, N. K., y Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*, 36(5), 575-586. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006859>
- Truyols, M. M., Pérez, J., Medinas, M. M., Palmer, A., y Sesé, A. (2008). Aspectos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud*, 19(3), 295-320. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Torralla, A., Miquel, A., y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa Pain Proposal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 16-22. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>
- Von Bergen, A., y de La Parra, G. (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Revista de Terapia Psicológica*, 20, 161-176.

Virtual V Congreso Nacional de Psicología

E INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PUBLIC HEALTH PSYCHOLOGY



CNP2021

www.cnp2021.es

9 al 11
Julio
2021

Psicología
y Salud
Pública:
necesidad y
oportunidad

Organiza

