

CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Desde una perspectiva multidisciplinaria

Dr. Vicente J. Prado Gascó
Mg. Laura Lacomba Trejo
(compiladores)

UFLO
UNIVERSIDAD



CALIDAD DE VIDA & SALUD

Prado-Gascó, Vicente Javier

Calidad de vida y salud : desde una perspectiva multiisciplinar / Vicente Javier Prado-Gascó ; compilado por Vicente Javier Prado-Gascó ; Laura Lacomba Trejo. - 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Flores, 2018.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-710-098-3

I. Psicología. I. Prado-Gascó, Vicente Javier, comp. II. Lacomba Trejo, Laura, comp. III.

Título.

CDD 150

Universidad de Flores

Rector

Mg. Néstor Blanco

Vicerrectora Académica

Arq. Ruth Fische

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Decana

Lic. Beatriz Labrit

Director de carrera

Mg. Marcelo Godoy

Revista Calidad de Vida y Salud

Director

Dr. Bernardo Kerman (Universidad de Flores)

Editor

Dr. Vicente Prado Gascó (Universidad de Valencia)

Índice

Instrumentos de evaluación de la ansiedad social y fobia social: propiedades psicométricas en población infantil y adolescente española	11	Adolescente con diabetes mellitus tipo 1: sintomatología depresiva y estilos parentales	137
Aitana Fernández-Sogorb, María del Pilar Aparicio-Flores, David Aparisi-Sierra, Lucía Granados-Alós y Cándido J. Inglés		Laura Lacomba-Trejo, Sara Casaña-Granell, Selene Valero-Moreno, Marián Pérez-Marín e Imaculada Montoya-Castilla	
Las ventajas de la realidad virtual para evaluar distorsiones en las experiencias corporales	21	Análisis del perfil del corredor de carreras populares en Valencia: comparación en base al género	157
Sara Fonseca Baeza, Marta Miragall, Clara Sangrador, Sara Bolo, Giulia Corno, Adrián Borrego, Roberto Llorens y Rosa María Baños.		Mario Alguacil, David Parra-Camacho y María del Carmen Giménez-Espert	
Comunicación terapéutica y expresión emocional: uso de recursos narrativos en psicoterapia	37	Variables sociodemográficas relacionadas con la inteligencia emocional de las enfermeras	175
Marta Cañero-Pérez		María del Carmen Giménez-Espert, Mario Alguacil-Jiménez y David Parra-Camacho	
Desarrollo físico en población infantojuvenil a través de actividades multiaventura: diferencia de percepciones en monitores de campamento según la edad	53	Estados de ánimo y quejas somáticas durante la adolescencia: un estudio descriptivo	191
María del Pilar Aparicio-Flores, Aitana Fernández-Sogorb, Lucía Granados-Alós, David Aparisi-Sierra y Cándido J. Inglés		Tamara Jiménez-Rodríguez, Celia de Jorge y Alicia Tamarit	
Ansiedad y depresión: impacto en la percepción de amenaza de la enfermedad pediátrica y neumológica	65	¿Influye el sexo en la importancia que le otorgan los alumnos a la educación física? Relación con otras variables	205
Selene Valero-Moreno, Olga Ribera-Asensi, Laura Lacomba-Trejo, Sara Casaña-Granell, Marián Pérez-Marín, Inmaculada Montoya-Castilla, Silvia Castillo-Corullón y Amparo Escribano-Montaner.		Paloma Escamilla-Fajardo, Rómulo Jacobo González-García y María Huertas González-Serrano	
Experiencias de bienestar y malestar en jóvenes estudiantes universitarios y su relación con la práctica de la actividad física	85	Afrontamiento y calidad de vida del cuidador no formal del niño afectado por una enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia	219
Lorena González García y Patricia Mesa-Gresa		Olga Avellán y Elena Castellanos	
VARIABLES INFLUYENTES EN LA PRÁCTICA FÍSICO-DEPORTIVA EXTRAESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES	109	El efecto del sexo en el bienestar subjetivo de los adolescentes	257
María Huertas González-Serrano, Paloma Escamilla Fajardo y Rómulo Jacobo González-García		Virginia Romero-Reignier	
Ventajas y desventajas de algunas medidas de evaluación de las distorsiones perceptivas de las experiencias corporales empleadas en investigación	127	Estudio del tipo de apego en adultos jóvenes solteros y en pareja	269
Sara Fonseca-Baeza y Rosa María Baños		Estefanía Mónaco, Konstanze Schoeps y Silvia Postigo	

Introducción

En las sociedades avanzadas la salud de sus miembros, entendida ésta de una manera amplia, que incluye también un componente psicológico como el bienestar o calidad de vida, es un objetivo cada vez más importante. Sin embargo, la salud a día de hoy se debe conceptualizar dentro del denominado modelo biopsicosocial, en el que interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de salud y enfermedad. Así, no son pocos los autores que proponen la necesidad de mejorar, no solo las condiciones de salud o ausencia de enfermedad de los individuos, sino también la calidad de vida. Es decir, no basta con aumentar más años la esperanza de vida, sino que debemos dotar de más calidad de vida dichos años.

A lo largo de los años han ido proliferando las diferentes definiciones y términos para hacer referencia a ambos conceptos. Así hay autores que utilizan términos como satisfacción con la vida, felicidad o calidad de vida, mientras que otros recurren al término bienestar, al que en ocasiones pueden añadir otro apelativo como el bienestar psicológico, bienestar social, o el bienestar subjetivo.

Sea cual fuere el término utilizado y la definición de partida, es posible categorizar todas ellas en dos perspectivas diferenciales al hablar del bienestar, la denominada perspectiva eudaimónica y la perspectiva hedónica. Desde la perspectiva eudaimónica se conceptualiza el bienestar como la consecución de una serie de objetivos y metas en la vida, como el tener satisfechas una serie de necesidades importantes para el individuo. Por su parte desde la perspectiva hedónica se considera el bienestar, como un predominio de emociones, sentimientos positivos, frente a emociones o sentimientos negativos. La perspectiva eudaimónica agrupa los estudios que consideran el bienestar como algo más que la felicidad, como la autorrealización mediante la consecución de objetivos personales y con la

relación positiva y activa con los demás. Por su parte, el enfoque hedónico trata el bienestar como sinónimo de felicidad o placer.

Pero, ¿por qué debemos estudiar estos tópicos?

El estudio del bienestar y de la calidad de vida de las personas tiene una gran importancia, dado que éste parece relacionarse con una amplia variedad de aspectos de la vida de los individuos, tales como una mejora en las relaciones sociales, con mejores resultados académicos, con una mejora de la salud física, mental e incluso del sistema inmunológico. Se relaciona también con mayores niveles de resiliencia y una mejor y más rápida recuperación tras acontecimientos vitales y/o traumáticos, también parece relacionarse con el éxito académico o profesional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, que hacen de este concepto una realidad compleja que requiere un enfoque interdisciplinario. Por lo tanto, es especialmente importante establecer áreas de investigación que detecten y traten de satisfacer las demandas de los diferentes profesionales de la salud, los pacientes y sus familias en su conjunto, con el fin de satisfacer sus necesidades y así promover la calidad de la atención en el sistema de salud, lo que a su vez redundará en la mejora de la calidad de vida de los individuos y sus familias, y de la salud en general de la sociedad.

En este marco, surge el interés del presente libro el cual pretende recoger la visión de diferentes especialistas sobre la calidad de vida y bienestar de los individuos. A lo largo de los 16 capítulos que componen el libro se ofrecen las diferentes visiones de psicólogos, enfermeros, médicos, profesionales de la educación y profesionales de la educación física entre otros, para dar cuenta de un fenómeno tan importante, pero a la vez tan complejo.

Esperamos que a lo largo de dichos capítulos el lector pueda familiarizarse con algunos de los conceptos relacionados con la calidad de vida y bienestar desde una perspectiva multidisciplinar, al tiempo que despierte en él nuevos interrogantes o preguntas de investigación.

Instrumentos de evaluación de la ansiedad social y fobia social: propiedades psicométricas en población infantil y adolescente española

(Assessment tools of social anxiety and social phobia: psychometric properties in spanish children and adolescent population)

Por Aitana Fernández-Sogorb¹, María del Pilar Aparicio-Flores², David Aparisi-Sierra³, Lucía Granados-Alós⁴ y Cándido J. Inglés⁵

Resumen

Antecedentes. La ansiedad social o fobia social consiste en la manifestación de un miedo excesivo ante situaciones sociales específicas o generales que perjudican la capacidad de relación con los demás. Teniendo en cuenta la prevalencia de este trastorno en la infancia y la adolescencia, y las consecuencias tanto para su desarrollo próximo como para la adultez, los profesionales de la psicología clínica y educativa necesitan disponer de instrumentos de evaluación válidos y fiables. La presente investigación tuvo como objetivos describir los autoinformes construidos y/o validados para evaluar la ansiedad social o fobia social en niños y adolescentes españoles, y examinar sus propiedades psicométricas.

¹Investigadora predoctoral. Universidad de Alicante. Apdo. Correos, 99. 03080, Alicante. Contacto: aitana.fernandez@ua.es.

²Investigadora predoctoral. Universidad de Alicante. Apdo. Correos, 99. 03080, Alicante. Contacto: pilar.aparicio@ua.es.

³Profesor Asociado (LOU). Universidad de Alicante. Apdo. Correos, 99. 03080, Alicante. Contacto: david.aparisi@ua.es.

⁴Directora Máster Universitario en Psicopedagogía. Universidad Internacional de Valencia. C/ Pintor Sorolla, 21. 46002, Valencia. Contacto: lucia.granados@campusviu.es.

⁵Profesor Titular de Universidad. Universidad Miguel Hernández de Elche. Avda. de la Universidad s/n. 03202. Alicante. Contacto: cjingles@umh.es.

Método. Se introdujeron los términos relativos a la ansiedad social y fobia social, a la evaluación y a la infancia y la adolescencia en las bases de datos PsycINFO, ERIC, Web of Science y Scopus. La búsqueda se limitó a los años 2006-2016. Se revisaron los resúmenes de los registros identificados y se seleccionó la muestra a través de los siguientes criterios de inclusión: (a) el trabajo estaba redactado en lengua inglesa o española; (b) aportaba evidencia empírica de fiabilidad y validez del cuestionario, inventario o escala de ansiedad social o fobia social; y (c) la muestra estaba formada por niños y/o adolescentes españoles. Se incluyeron 4 artículos en la muestra final.

Resultados. Los autoinformes que se describieron y analizaron fueron los siguientes: *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C), *Social Phobia Inventory-Spanish versión* (SoPhI-S), *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A) y *Social Anxiety Questionnaire for Children* (SAQ-C24).

Conclusiones. Los resultados evidencian que en la actualidad los psicólogos clínicos y educativos pueden utilizar cuatro autoinformes para evaluar la ansiedad social o fobia social en niños y adolescentes españoles, ya que poseen garantías de fiabilidad y validez.

Palabras clave: Ansiedad social; Fobia social; Evaluación; Infancia; Adolescencia

Abstract

Background. *Social anxiety or social phobia is the manifestation of excessive fear in specific or general social situations that impair the ability to relate to others. Taking into account the prevalence of this disorder in childhood and adolescence, and the consequences both for its proximal development and for adulthood, professionals in clinical and educational psychology need to have valid and reliable assessment instruments. The objective of this research was to describe self-reports constructed and/or validated to assess social anxiety or social phobia in Spanish children and adolescents, and to examine their psychometric properties.*

Method. *Terms related to social anxiety and social phobia, to evaluation*

and to childhood and adolescence were introduced in PsycINFO, ERIC, Web of Science and Scopus databases. The search was limited to the years 2006-2016. The abstracts of the identified records were reviewed and the sample was selected through the following inclusion criteria: (a) the work was written in English or Spanish; (b) provided empirical reliability and validity evidence of the questionnaire, inventory or scale about social anxiety or social phobia; and (c) the sample consisted of Spanish children and/or adolescents. Four articles were included in the final sample.

Results. *The self-reports that were described and analyzed were the following: Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C), Social Phobia Inventory-Spanish version (SoPhI-S), Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) and Social Anxiety Questionnaire for Children (SAQ-C24).*

Conclusions. *The results show that at present the clinical and educational psychologists can use four self-reports to assess social anxiety or social phobia in Spanish children and adolescents, since these have guarantees of reliability and validity.*

Keywords: *Social anxiety; Social phobia, Assessment, Childhood, Adolescence*

Introducción

En las relaciones sociales, el ser humano generalmente persigue satisfacer con sus actuaciones las expectativas que los demás tienen de él, lo que puede llevarle a experimentar circunstancialmente cierto miedo a ser rechazado. Sin embargo, cuando el individuo presenta ese miedo a actuar poniéndose en evidencia o humillando a otras personas, de forma intensa y persistente, padece un trastorno que recibe el nombre de ansiedad social o fobia social (American Psychiatric Association, 2013). Asimismo, la percepción de la ineficacia de sus propias actuaciones puede provocarle ansiedad anticipatoria ante una o más situaciones sociales, introduciéndose así en un círculo en el que los fracasos que obtiene socialmente le van generando más temores anticipatorios (Botella, Baños y Perpiña, 2003).

En este sentido, la actitud de evitación derivada del trastorno puede dirigirse a situaciones sociales específicas (e.g., interactuar con desconocidos), o encontrarse generalizada y provocar una incapacidad casi total para relacionarse (Caballo, Salazar, García-López e Irurtia, 2014).

Si bien la adolescencia media es el momento evolutivo en el que el trastorno de ansiedad social suele dar comienzo (Sánchez, Rosa y Olivares, 2004), Beidel y Turner (1998) demostraron que niños de ocho años de edad ya cumplían los criterios para su diagnóstico. En cuanto a su prevalencia, existe evidencia empírica de que oscila de un 1,6% a un 4% en niños, y entre un 5% y un 12,06% en adolescentes (Inglés et al., 2008; Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003; Olivares, Piqueras y Rosa, 2006). En ambas etapas, el malestar que genera este trastorno influye tanto en el desarrollo personal como en el académico (Beidel et al., 2007; Wittchen y Fehm, 2003). Además, está asociado a la depresión, a otros trastornos de ansiedad y al consumo de sustancias tóxicas (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008). Por tanto, si no se interviene a tiempo, puede perjudicar gravemente la carrera profesional y las relaciones sociales en la adultez (Beidel y Turner, 1998).

Para detectar los casos de ansiedad social o fobia social y valorar la eficacia de las intervenciones correspondientes, los profesionales de la psicología clínica y educativa han de disponer de instrumentos adecuados. Concretamente, las medidas de autoinforme (cuestionarios, inventarios o escalas) son las más utilizadas por expertos (Salazar, Caballo y Arias, 2016). En este sentido, diversos trabajos de investigación se han propuesto determinar cuáles de ellas poseen propiedades psicométricas satisfactorias para su administración en población adulta e infantojuvenil (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003; García-López, Olivares y Vera-Villarroel, 2003; Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006) o específicamente adolescente (Inglés, Méndez, Hidalgo, Rosa y Orgilés, 2003), concluyendo que resulta escaso el número de autoinformes de ansiedad social o fobia social con garantías psicométricas en población infantil y adolescente española.

Partiendo de la evidencia empírica previa, el presente estudio tuvo como objetivos: describir las medidas de autoinforme elaboradas y/o validadas en los últimos años para la evaluación de la ansiedad social o fobia social de niños y adolescentes españoles, y analizar la fiabilidad (consistencia

interna y estabilidad temporal) y validez de constructo (estructura factorial) de sus puntuaciones.

Método

Procedimiento

Con objeto de identificar las investigaciones destinadas a la construcción y/o validación de autoinformes de ansiedad social o fobia social, se introdujeron en inglés los términos “ansiedad social”, “fobia social”, “evaluación”, “validación”, “propiedades psicométricas”, “infancia” y “adolescencia” en las bases de datos PsycINFO, ERIC, Web of Science y Scopus. El periodo temporal se limitó al 2006-2016.

Acto seguido, se leyeron detenidamente los resúmenes de los registros obtenidos, seleccionando la muestra a partir de los siguientes criterios de inclusión: (a) el estudio estaba escrito en lengua inglesa o española; (b) presentaba los datos relativos a las propiedades psicométricas de los instrumentos; y (c) los participantes eran niños y/o adolescentes españoles. Como resultado se obtuvieron 4 artículos de investigación, presentando cada uno de ellos una medida de autoinforme diferente.

Resultados

En la *Tabla 1* se presenta cada medida de autoinforme de la ansiedad social o fobia social seleccionada. Así, se puede observar la información relativa al nombre del instrumento y de los autores del trabajo, al año de su publicación, al rango de edad de los participantes, al número de ítems por los que está conformado el autoinforme, a sus factores o variables y a su escala de respuesta. Además, se muestran los datos referentes al tipo de análisis factorial (análisis factorial confirmatorio o análisis factorial exploratorio) y de rotación (varimax u oblicua) llevados a cabo en cada estudio para estudiar la validez. Por último, se especifican los índices de consistencia interna (alfa de Cronbach) y de estabilidad temporal (test-retest) calculados para proporcionar evidencia empírica de la fiabilidad del cuestionario, inventario o escala.

Tabla 1. Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social y fobia social

Instrumento	Autor(es)	Edad	Nº de ítems	Factores o variables	Escala	Análisis factorial	Rotación	Alfa total (escalas)	Test-retest
Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)	Olivares, Sánchez-García, López-Phay y Rosa-Alcazar (2010)	10-17 años	26	Actuación en público Asertividad Miedo y evitación/ escape en los encuentros sociales Interferencias cognitivas y psicofisiológicas	0 = Nunca o casi nunca a 2 = La mayor parte del tiempo o siempre	AFC	Várimax	.90	.56 (2 semanas)
Social Phobia Inventory-Spanish version (SoPhi-S)	Bermejo, García-López, Hidalgo y Moore (2011)	14-17 años	21	Medidas de ansiedad social de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR	1 = Nunca, a 5 = Habitualmente	AFC	---	.93	.70 (6 meses)
Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)	García-López et al. (2011)	13-17 años	28	AFNE Miedos Preocupaciones Anticipaciones de posibles evaluaciones negativas por sus iguales y la audiencia TISC Tensión social y relajación Inhibición al discurso o comportamiento Disposición a la exposición en interacciones sociales	1 = No del todo cierto acerca de mí, a 5 = Totalmente cierto acerca de mí	AFC	---	.88	.76 (2 semanas)
Social Anxiety Questionnaire for Children (SAQ-C24)	Caballo et al. (2012)	9-15 años	24	Interacción con el sexo opuesto Hablar en público/ Interacción con profesores Quedar en evidencia/ Hacer el ridículo Interacción con desconocidos Expresión de molestia, desagrado o enfado	1 = Nada, a 4 = Mucho	AFE	Oblitua	.90	---

Nota. (---). Los autores no proporcionan datos. AFC: Análisis Factorial Confirmatorio. AFE: Análisis Factorial Exploratorio.

Discusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo efectuar una revisión de las medidas de autoinforme de la ansiedad social o fobia social que hubieran sido elaboradas y/o validadas en población infantojuvenil española en los últimos años, así como examinar los datos de fiabilidad y validez proporcionados por las investigaciones correspondientes. En consonancia con estudios previos (Caballo et al., 2003; García-López et al., 2003; Inglés et al., 2003; Zubeidat et al., 2006), se han identificado escasos instrumentos destinados a la evaluación del constructo, cuyas propiedades psicométricas hayan sido analizadas en la muestra indicada.

Sin embargo, todos los autoinformes hallados poseen factores que tienen en cuenta la complejidad del trastorno, ya sea a través de las situaciones que lo generan, como es el caso del *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C; Olivares et al., 2010), de la *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A; García-López et al., 2011) y del *Social Anxiety Questionnaire for Children* (SAQ-C24; Caballo et al., 2012), o atendiendo a los criterios diagnósticos en el caso del *Social Phobia Inventory-Spanish* versión (SoPhi-S; Bermejo et al., 2011). Asimismo, la consistencia interna ha sido evaluada en los cuatro instrumentos y la fiabilidad test-retest en tres de ellos, siendo todos los índices adecuados según los criterios de Prieto y Muñiz (2000), excepto el de fiabilidad test-retest del SPAI-C.

Conviene señalar las limitaciones de este estudio, las cuales deberán contemplarse en las próximas investigaciones sobre el tema. Por una parte, únicamente se han empleado las bases de datos Web of Science, Scopus, PsycINFO y ERIC. En consecuencia, se recomienda ampliar la búsqueda en otras bases de datos por la probable obtención de un mayor número de trabajos que cumplan los criterios de inclusión. Por otra parte, el periodo temporal de la búsqueda se ha limitado a los años 2006-2016, por lo que posibles validaciones publicadas después del año 2016 no han sido incluidas.

A pesar de las limitaciones, los resultados obtenidos permiten concluir que actualmente los psicólogos clínicos y educativos disponen de 4 medidas de autoinforme para evaluar la ansiedad social o fobia social en niños y adolescentes españoles, las cuales han dado muestras empíricas de fiabilidad y validez. Éstas son el SPAI-C, la SAS-A, el SAQ-C24 y el SoPhi-S.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington DC: Author.

Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998). *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Phobia*. Washington DC: American Psychological Association Books.

Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R. y Crosby, L. (2007). *Psychopathology of adolescent social phobia*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 47-54. doi: 10.1007/s10862-006-9021-1.

Bermejo, R. M., García-López, L. J., Hidalgo, M. D. y Moore, K. A. (2011). The Social Phobia Inventory (SoPhI): Validity and reliability in an adolescent population. *Anales de Psicología*, 27 (2), 342-349.

Botella, C., Baños, R. y Perpiña, C. (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Calderero, M., Irurtia, M. J. y Ollendick, T. H. (2012). A new self-report assessment measure of social phobia/anxiety in children: The Social Anxiety Questionnaire for Children (SAQ-C24). *Behavioral Psychology*, 20 (3), 485-503.

Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11 (3), 539-562.

Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J. e Irurtia, M. J. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): Características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed.) (pp. 183-217). Madrid: Pirámide.

García-López, L. J., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D., Bermejo, R. y Levpuscek, M. P. (2011). Psychometric Properties and Clinical Cut-Off Scores of the Spanish Version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 474-482. doi: 10.1080/00223891.2011.594126.

García-López, L. J., Olivares, J. y Vera-Villaruel, P. E. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos, de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 151-160.

García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. M. e Inglés, C. J. (2008). Social anxiety disorder in childhood and adolescents: Current trends, advances, and future directions. *Behavioral Psychology*, 16, 501-533.

Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G. y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 31(4), 449-461. doi: 10.1174/021037008786140968.

Inglés, C. J., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I. y Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 1-21. doi: 10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3939

Olivares, J., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-428.

Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en la adolescencia. *Psicothema*, 18(2), 207-212.

Olivares, J., Sánchez-García, R., López-Pina, J. A. y Rosa-Alcázar, A.I. (2010). Psychometric Properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children in a Spanish Sample. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 961-969. doi: 10.1017/S1138741600002602.

Prieto, G, y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles de Psicólogo*, 77, 65-75.

Salazar, I. C., Caballo, V. E. y Arias, B. (2016). Validez de constructo y fiabilidad del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO) en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 98–107. doi: 10.1016/j.rlp.2015.07.001.

Sánchez, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 43-55.

Wittchen H. U. y Fehm, P. (2003). Epidemiological and natural course of social fears and social phobia. *Acta of Psychiatric Scandinavia*, 417(108), 4-18.

Zubeidat, I., Fernández, A. y Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1), 71-86.

Las ventajas de la realidad virtual para evaluar distorsiones en las experiencias corporales

(Advantages of virtual reality to assess distortions on body experiences)

Por Sara Fonseca-Baeza¹, Marta Miragall², Clara Sangrador³, Sara Bolo⁴, Giulia Corino⁵, Adrián Borrego⁶, Roberto Llorens⁷ y Rosa María Baños⁸

⁶Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universitat de València, Valencia, España. Dirección de contacto: Avenida de Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España. E-mail: sara.fonseca@uv.es.

⁷Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universitat de València, Valencia, España. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Carlos III, España.

^{8 - 9 - 10}Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universitat de València, Valencia, España.

¹¹⁻¹² Neurorehabilitation and Brain Research Group, Instituto de Investigación e Innovación en Bioingeniería, Universitat Politècnica de València, Valencia, España; Servicio de Neurorehabilitación y Daño Cerebral de los Hospitales VITHAS-NISA.

¹³ CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) Instituto Carlos III España; Instituto Polibienestar Universitat de València Valencia España



Resumen

Las alteraciones en la experiencia corporal están presentes en diversos trastornos psicológicos y son características en los trastornos alimentarios. Se han desarrollado numerosos métodos para evaluar distorsiones en las experiencias corporales empleando dos estrategias, siendo las más comunes presentar siluetas dibujadas o fotografiadas, y también presentar figuras en 2D o 3D en una pantalla, y permitir a la persona modificar la silueta completa o alguna de sus partes. Sin embargo, estos métodos presentan limitaciones: (1) presentan pocas figuras con claras diferencias entre ellas en términos de Índice de Masa Corporal (IMC), (2) las figuras dibujadas suelen contener pocos detalles, (3) las figuras en 2D dificultan

proyectarse en ellas, y (3) presentan figuras en 3ª persona.

La Realidad Virtual (RV) puede ayudar a superar estas limitaciones, permitiendo presentar figuras en 3D realistas y ajustadas a los cuerpos reales en 1ª y 3ª persona. El presente capítulo expone el diseño de un estudio cuyo objetivo es validar el material a presentar en una tarea de estimación de tamaño corporal, que presenta figuras femeninas en 3D desde las perspectivas de 1ª y 3ª persona.

Se desarrollan 19 figuras femeninas, usando el programa de modelación en 3D "MakeHuman", que cubren un rango de IMC de 12,5 a 30,5. Las figuras se presentan aleatoriamente, en 1ª y 3ª persona de manera contrabalanceada. En cada figura la participante habrá de indicar la plausibilidad de su existencia en la vida real, así como asignarla a una de las categorías de clasificación según el IMC que propone la OMS (infrapeso severo, infrapeso leve, peso normal y sobrepeso).

Esperamos que las figuras sean altamente plausibles y puedan ser correctamente clasificadas en su categoría.

Una vez validadas las figuras, serán empleadas en futuras investigaciones relacionadas con la evaluación de la categorización y estimación del tamaño corporal.

Palabras clave: Distorsiones perceptivas; Evaluación; Realidad virtual; Estimación del tamaño corporal; Categorización

Abstract

Body experience alterations appear in psychological disorders, and they are characteristics in eating disorders. Many methods have been developed in order to evaluate distortions in body experiences. The more commonly used methods present draws or photographed silhouettes in a paper, or 2D - 3D figures in a screen. They also allow modifying the whole silhouette or any of its parts. However, those processes have limitations: (1) they offer very few profiles with very few differences between them in (Body Mass Index) BMI terms, (2) the figures usually are small detailed, (3) the 2D figures difficult self-identifications and (3) the methods show figures in third person perspective. Virtual Reality (RV) can help to overcome those limitations, allowing

to introduce 3D figures, adapted to real bodies in first and third person, realistic figures. The present chapter exposes a study design which objective is to validate female 3D figures presented in first and third person perspective. The figures will be used in a body size estimation task.

Nineteen figures will be developed, using the modeling program “Make-Human”, ranking 12.5 to 30.5 BMI. The figures will be presented from first and third person point of view, randomly and in a counterbalanced way. For each figure, the participant will indicate its real-life plausibility. Moreover, they will assign each figure to one of the classification categories according to BMI provided by WHO (severely underweight, underweight, normal healthy weight and overweight).

We expect the figures to be highly plausible and to be correctly classified in its category. Once validated, those figures will be used in future research related with categorization and body size estimation tasks.

Keywords: *Perceptive distortions; Evaluation; Virtual reality; Body size estimation; Categorization*

Antecedentes

Las alteraciones en la experiencia corporal están presentes en diversos problemas psicológicos, como la baja autoestima (O’Dea, 2012) o las dificultades sexuales (Wiederman, 2012), y son características en los trastornos alimentarios, concretamente en la Anorexia Nerviosa (AN) (APA, 2013; Fairburn, 2008). De hecho, la alteración en la forma en la que uno percibe su propio peso o constitución es uno de los criterios diagnósticos en la AN, y constituye un elemento central en los modelos psicológicos explicativos del trastorno (ej. Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Fairburn, 2008).

Debido a su relevancia clínica, se han desarrollado numerosos métodos para evaluar la dimensión perceptiva de las distorsiones en las experiencias corporales. Estos métodos pueden clasificarse en función de la estrategia que utilizan. Una primera estrategia ha consistido en presentar diversas siluetas dibujadas o fotografiadas, pidiendo a los participantes que las evalúen en función de diversos parámetros, como la similitud con sus

cuerpos reales o ideales. La segunda estrategia ha consistido en presentar una figura en dos dimensiones (2D) en una pantalla y permitir a la persona que modifique de forma interactiva la silueta de la figura (con técnicas de distorsión de vídeo), o bien presentar figuras en tres dimensiones (3D) que permitan modificar la silueta completa o solo alguna de sus partes, permitiendo esta última opción presentar figuras más realistas y de alta definición. Este tipo de procedimientos, incluyendo las escalas de clasificación de figuras y las técnicas de distorsión de vídeo, son las más utilizadas para evaluar la estimación del tamaño corporal y la estimación del cuerpo ideal (Moussally, Grynberg, Goffinet, Simon y Van der Linden, 2017). Sin embargo, estos métodos cuentan con algunas limitaciones que a continuación resumimos.

En primer lugar, estas técnicas suelen presentar un número reducido de figuras, generalmente un máximo de nueve (Gardner y Brown, 2010), con claras diferencias entre ellas en términos de Índice de Masa Corporal (IMC). Además, las figuras suelen contener pocos detalles, especialmente en el caso de estar dibujadas, lo cual disminuye el realismo y hace que algunas personas tengan problemas para imaginar cómo serían realmente esos cuerpos. Además es difícil precisar con exactitud el IMC de la silueta dibujada (Gardner, 2012), y muchas veces se omite esa información. Las técnicas que emplean cuerpos fotografiados salvan el problema del realismo, sin embargo presentan la dificultad de identificarse con un cuerpo que pertenece a otra persona, y el hecho de ver el rostro de la persona puede distraer la atención del cuerpo (Gardner, Japper y Gardner, 2009). Asimismo, tanto los cuerpos dibujados como fotografiados son figuras en 2D, es decir, planas, lo cual dificulta proyectarse en ellas. Por su parte, las figuras en 3D superan estas limitaciones, permitiendo crear cuerpos anónimos con todo tipo de detalle y con volumen, sin embargo siguen presentándose en un tamaño a escala. Por último, en todas estas técnicas las figuras son presentadas en 3ª persona. Creemos que la Realidad Virtual (RV) puede ayudar a superar algunas de estas limitaciones, ya que permite presentar figuras en 3D más realistas y ajustadas a los cuerpos reales, y hacerlo tanto en 1ª como en 3ª persona.

El presente capítulo expone el diseño de un estudio cuyo objetivo es diseñar y validar el material a presentar en una tarea de estimación de tama-

ño corporal, que utiliza figuras femeninas en 3D, desde las perspectivas de 1ª y 3ª persona.

Método

Participantes

El material a presentar será validado en una población de mujeres jóvenes sin problemas psicológicos. Los criterios de inclusión serán (1) ser mujer, (2) tener entre 18 y 35 años, (3) tener un IMC entre 18,5 y 24,99. Por otro lado, los criterios de exclusión serán: (1) estar recibiendo tratamiento psicológico en la actualidad, (2) historia de Trastorno Alimentario o Trastorno de la Personalidad, (3) presentar enfermedad médica o incapacidad física que impida participar en la investigación, y (4) estar embarazada.

Materiales

La tarea incluye 19 figuras femeninas (usando el programa de modelación en 3D “MakeHuman”), que cubren un rango de IMC de 12,5 a 30,5, con una diferencia de una unidad de IMC entre ellas.

La creación de modelos de figuras femeninas se ha llevado a cabo con la ayuda del programa de modelación en 3D “MakeHuman”. Dicho programa permite crear figuras en 3D femeninas y masculinas, teniendo en cuenta parámetros como la edad, el porcentaje de masa muscular, el porcentaje de masa grasa, el peso total, la altura del avatar o las proporciones entre las diferentes partes del cuerpo.

Como hemos comentado, hemos diseñado 19 figuras femeninas, con una altura de 1,65 cm y con 25 años de edad., aproximadamente. Las figuras incrementan linealmente su IMC desde 12,5 a 30,5, variando el peso total y manteniendo estable en la medida de lo posible las proporciones entre las diferentes partes del cuerpo, ajustándose a cómo varían en cuerpos humanos reales para obtener cuerpos realistas. El programa “MakeHuman” nos ofrece la posibilidad de modificar las dimensiones de

cada parte del cuerpo.

En primer lugar, se diseñaron las figuras con los IMC de 12,5, 21,5 y 30,5, para disponer de un punto de referencia a partir del cual establecer una relación lineal en el incremento del IMC, que como hemos comentado, es de una unidad entre cada figura, siendo aceptables los valores de cambio situados entre 0,95 y 1,05 unidades de IMC.

Una limitación del programa es que el peso lo establece en porcentaje, oscilando desde 0 a 150%. Existen en la literatura numerosas fórmulas basadas en la superficie y volumen corporal que permiten obtener una estimación del peso en kilogramos. En este caso se utilizó la fórmula de Mosteller, Dubois y Haycock (1987).

Las dimensiones alteradas entre cada avatar hacen referencia a los muslos, el volumen de los glúteos, las caderas, la cintura, los músculos abdominales, el pecho, los dedos, los brazos y el rostro. El resultado realista de los avatares depende también de la calidad gráfica de la imagen, en particular de la piel humana. Para obtener un efecto real de la piel, se seleccionó la opción “smooth”, utilizando la metodología Catmull-Clark, que también incluye el pelo, los ojos, las cejas y las pestañas, y otros detalles como las uñas.

La ropa seleccionada fue un top por encima del ombligo, unos pantalones cortos vaqueros y unos zapatos. El objetivo es facilitar una visión clara de las diferentes partes del cuerpo, haciendo hincapié en el abdomen, los muslos y los brazos.

A continuación, se muestran unas figuras con un IMC de 12,5 y 42,5 respectivamente, como ejemplo de las figuras:



Una vez creadas las figuras, se empleará el programa Unity3D para presentarlas aleatoriamente, en 1ª y en 3ª persona de manera contrabalanceada, obteniendo de cada participante una valoración de cada figura en ambas perspectivas respecto a su plausibilidad y su categoría.

Medidas

La plausibilidad de la existencia de cada una de las figuras en la vida real será valorada respondiendo a una pregunta. La participante recibirá la siguiente aclaración verbal antes de la presentación de las figuras: “A continuación, aparecerán una serie de avatares en la que tendrás que puntuar en qué medida puede existir en la vida real. No se trata de decir si en el caso de que una chica tuviera este cuerpo, eso sería preocupante, sino si el cuerpo en sí podría existir en la vida real porque las proporciones son creíbles, o si solo podría existir como un avatar en realidad virtual”. Poste-

riormente se presentará cada una de las figuras para que responda en una escala tipo Likert de 1 (muy improbable) a 9 (muy probable) a la pregunta “¿Cómo de probable es que exista una mujer con este cuerpo?”.

Una vez valorada la plausibilidad de una figura, las participantes habrán de asignarla a una de las categorías de clasificación según el IMC que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) (infrapeso severo, infrapeso leve, peso normal y sobrepeso), pidiéndole que indique la categoría a la que considera que ese cuerpo pertenece.

Las figuras 1 y 2 presentan la interfaz del programa en las tareas de evaluación de la plausibilidad y la categorización de cuatro figuras, en primera y tercera persona, pertenecientes a las categorías de infrapeso severo, infrapeso leve, peso normal y sobrepeso (imágenes a, b, c y d respectivamente).



Imagen a (IMC=12,5)



Imagen b (IMC=14,5)

Figura 1: Evaluación de la plausibilidad de dos avatares en 3ª (imagen a) y 1ª persona (imagen b)

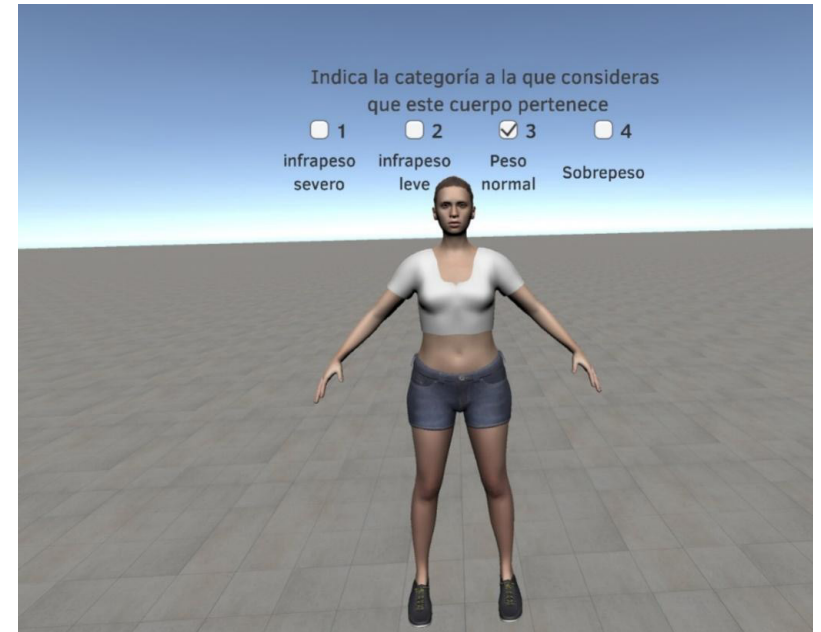


Imagen c (IMC=24,5)



Imagen d (IMC=28,5)

Figura 2: Evaluación de la categorización de dos avatares en 3ª (imagen c) y 1ª persona (imagen d)

Resultados esperados

Esperamos que las figuras sean consideradas como plausibles, con valores entre 7 y 9, desde ambas perspectivas (1ª y 3ª persona). Por otro lado, esperamos que las figuras sean correctamente clasificadas en las categorías de infrapeso severo, infrapeso leve, peso normal y sobrepeso propuestas por la OMS, con independencia del punto de vista de presentación (1ª y 3ª persona).

Discusión/Conclusiones

En los últimos años, la RV está demostrando ser una herramienta muy

útil en psicología, y parece ser particularmente adecuada en el caso concreto de los Trastornos Alimentarios, donde resulta fundamental la presentación de cuerpos realistas y modificables en función de las necesidades, tanto de investigación como de práctica clínica. Un primer paso para utilizar la RV en tareas de evaluación de las distorsiones corporales, es contar con figuras humanas que hayan sido validadas, para poder emplearlas en futuros trabajos que supongan la evaluación de la categorización y la estimación del tamaño corporal, real e ideal.

El uso de RV para estas tareas cuenta con la ventaja de que soslaya los problemas asociados a las figuras dibujadas o los cuerpos fotografiados presentados en papel, o a las imágenes en 2D o 3D generadas por ordenador y presentadas en una pantalla. Las figuras cubren un rango de IMC amplio, con una diferencia de 1 unidad entre ellas, por lo que puede ser presentado un mayor número de figuras sin claras diferencias entre ellas, disminuyendo la posibilidad de una respuesta debida a la deducción de la respuesta o que haya sido condicionada por las respuestas anteriores. Además, en el proceso de modelado, se incluyen detalles que les dan un aspecto realista, como pelo, pestañas, cejas o uñas, pero el rostro tiene los mismos rasgos en todas las figuras, con lo que disminuye la distracción de la atención al resto del cuerpo. En este proceso también obtenemos un valor exacto del IMC de la figura, así como el tamaño de cada una de las partes del cuerpo que la componen.

Por último, el hecho de que sean presentadas en RV ofrece la posibilidad de visualizar la figura desde 1ª y 3ª persona, pudiendo estudiar el impacto que el punto de vista adoptado tendría sobre los procesos de categorización y estimación del tamaño corporal.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad a través del proyecto de investigación 'Anorexia Nerviosa y cuerpo: evaluación y modificación mediante realidad virtual de las representaciones mentales del cuerpo' (referencia PSI2017-85063-R), y por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a través de una ayuda

de Formación de Profesorado Universitario concedida a la primera autora (referencia FPU15/07177).

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In C. G. Fairburn (Ed.). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders* (pp. 7-22), New York: The Guilford Press.

Gardner, R. M., Jappe, L. M., y Gardner, L. (2009). Development and validation of a new figural drawing scale for body-image assessment: The BIAS-BD. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 113–122.

Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48, 107–111.

Gardner, R. M. (2012). Measurement of perceptual body image. In T.F. Cash (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 2, pp. 526-532). London: Academic Press.

Moussally, J. M., Grynberg, D., Goffinet, S., Simon, Y. y Van der Linden, M. (2017). Novel assessment of own and ideal body perception among women: validation of the computer-generated figure rating scale. *Body Image*, 13, 75-85.

O’Dea, J. A. (2012). Body image and self-esteem. In T.F. Cash (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 1, pp. 141-147). London: Academic Press.

Wiederman, M. W. (2012). Body image and sexual functioning. In T.F. Cash (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 1, pp. 148-152). London: Academic Press.

Comunicación terapéutica y expresión emocional: uso de recursos narrativos en psicoterapia

(Therapeutic communication and emotional expression: use of narrative resources in psychotherapy)

Por Marta Cañero-Pérez¹⁴ y Sergio Pérez-Ruiz¹⁵

Resumen

Desde la perspectiva de la Psicología de la Personalidad, las narrativas constituyen elementos identitarios, pertenecientes a un sujeto concreto. Las terapias que se sirven de este canal buscan proporcionar alternativas para que los clientes abran nuevos cursos de acción en la realidad. El objetivo de este trabajo es estudiar el impacto de la comunicación emocional en el proceso de cambio terapéutico, utilizando los recursos narrativos como forma de comunicación emocional. Centrándonos en el uso de los cuentos, las cartas y la escritura, los recursos narrativos más empleados en el contexto terapéutico.

Para llevarlo a cabo hemos realizado una revisión de la literatura existente en las bases de datos siguientes: Dialnet, Trobes, PsycINFO, Psycodoc y ProQuest Psychology Journals. A partir de los siguientes descriptores: comunicación terapéutica, técnicas narrativas, *narrative therapy*, *storytelling therapy*, *writing in therapy*, *letters in therapy*.

Nuestros resultados muestran que las cartas contribuyeron a desarrollar la autoconciencia de los pacientes, les ayudaron a sostener y expresar

¹⁴Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010, Valencia. Contacto: caero@alumni.es.

¹⁵Universitat de València. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010, Valencia. Contacto: sergio.perez-ruiz@uv.es.

emociones intensas, además de favorecer la conexión y la confianza con el terapeuta. El uso de cuentos o historias supuso un aumento de la autoaceptación, la apreciación de vida, la fortaleza personal y la voluntad de acción. La escritura terapéutica contribuyó a una mejora de la salud de los sujetos, así como un incremento y profundización del *insight*.

Por todo lo anterior, concluimos que el uso de los recursos narrativos en psicoterapia favorece la relación terapéutica, el desarrollo de la comunicación emocional y mejora la salud de los pacientes.

Palabras clave: Comunicación terapéutica; Recursos narrativos; Emociones; Proceso de cambio.

Abstract

Background. From the perspective of the Psychology of the Personality, narratives constitute identity elements, belonging to a specific subject. The therapies which use this channel, seek to provide alternatives for clients in order to open new courses of action in reality.

The aim of this work is to describe the impact of emotional communication on the process of therapeutic change, using narrative resources as a way of emotional communication, by focusing on the use of stories, letters and writing, the most commonly used narrative resources in the therapeutic context.

Method. To do this, we have conducted a literature review of the following databases: Dialnet, Trobes, PsycINFO, Psycodoc and ProQuest Psychology Journals. From the following descriptors: therapeutic communication, narrative techniques, narrative therapy, storytelling therapy, writing in therapy, and letters in therapy.

Results. Our results show that the letters help to develop patients' self-awareness, help them to hold and express intense emotions, and foster connection and confidence with the therapist. The use of storytelling or fairy tales increases self-acceptance, life appreciation, personal strength and willingness to act. The therapeutic writing contributes to an improvement of the health of the subjects, as well as an increase and deepening of the insight

Conclusions. For all of the above, we conclude that the use of narrative resources in psychotherapy promotes the therapeutic relationship and the deve-

lopment of emotional communication, as well as contributing to the overall increase in the health of patients.

Keywords: *Therapeutic communication; Narrative resources; Emotions; Change process.*

Introducción

En el campo de la comunicación humana y terapéutica destaca especialmente la escuela de Palo Alto, de Bateson y Watzlawick. Es en la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1971), donde se postulan los axiomas de la comunicación, base del proceso relacional:

- Es imposible no comunicar.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, que hace referencia a la interacción o intercambio de mensajes entre comunicantes. En una secuencia prolongada de intercambio, los organismos participantes puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene la iniciativa, el predominio o la dependencia, entre otras, estableciendo patrones de intercambio relacional.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- Toda comunicación puede ser desarrollada desde una perspectiva simétrica o asimétrica.

A partir de los anteriores axiomas, podemos darnos cuenta de cómo son tanto la comunicación analógica como la dialógica las que construyen las relaciones humanas. Dado que la relación terapéutica es, ante todo, una relación humana, es importante contar con recursos que atiendan a ambos tipos de comunicación.

Desde esta perspectiva, los recursos narrativos en psicoterapia ofrecen la posibilidad de trabajar las emociones de modo genuino y favorecen la comunicación con el terapeuta, ya que la intervención incluye aspectos indirectos y la subjetividad del cliente juega un importante papel. De hecho, las diferencias en la forma de narrar la propia historia revelan infor-

mación importante sobre las características psicológicas de la persona que está narrando (Robertson, Swickert y Rhonda, 2018).

Desde el punto de vista de la Psicología de la Personalidad las narrativas constituyen elementos identitarios, pertenecientes a un sujeto concreto; es decir, componen el sentido de la vida de la persona. Las terapias que se sirven de este canal buscan proporcionar alternativas para los clientes, de modo que se abran nuevos cursos de acción en la realidad y conciben que la narrativa es un proceso inherentemente vinculado al desarrollo vital humano (García-Martínez, 2012). Además, reflexionar desde la propia experiencia es escucharse e identificar los simbolismos que le dan sentido (Guillaumet, Amorós, Ramos, Campillo y Momblan, 2018).

Para hablar del impacto de los medios de comunicación emocional en terapia, es necesario considerar que la comunicación emocional es la base de la relación humana, haciendo alusión a las investigaciones de Bateson y al concepto de comunicación analógica de Watzlawick: “Bateson ha demostrado que las vocalizaciones, los movimientos intencionales y los signos de estado de ánimo de los animales constituyen comunicaciones analógicas para definir la naturaleza de sus relaciones [...] puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionales, el lenguaje digital carece casi por completo de significado” (Watzlawick, 1971, pp 39).

Además, no es la simple expresión emocional o la activación emocional lo que favorece el proceso terapéutico, sino que es fundamental la creación de un contexto que favorezca la propia narrativa, en el que dar lugar al procesamiento de nuevas emociones emergentes y adaptativas, que se asocien con el cambio (Angus, Boritz, Bryntwick, Carpenter, Macaulay y Khattrra, 2017).

Siguiendo a White y Epston (1993), una terapia situada en modo narrativo de pensamiento:

- Da la máxima importancia a las vivencias de la persona.
- Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Desencadena presuposiciones, ayuda a establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
- Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y el intento de construir nuevos

relatos.

- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de autoría y la re-autoría de la propia vida y las relaciones de cada persona al contar y volver a contar su historia.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado.
- Introduce consistentemente los pronombres yo y tú en la descripción de eventos.

Además, el uso sistemático de la escritura permite un incremento y profundización del *insight* logrado en las sesiones de terapia, favorece la capacidad de autoobservación y potencia en el trabajo entre sesiones, con lo que, al sacar las conclusiones a colación en la siguiente sesión, el trabajo terapéutico es más eficaz, fluido y profundo (Lanza-Castelli, 2006).

Finalmente, podemos considerar que de niños somos introducidos en las historias, cuentos de hadas, e historias familiares que empiezan a organizar nuestro mundo, por lo que contar historias es una parte integral de nuestra vida (Gergen, 1994). Las historias no solo organizan nuestro mundo, sino también nuestras relaciones y vínculos. De este modo, el poder de los recursos narrativos en psicoterapia no solo permite cambios en las emociones desadaptativas, sino que suponen una manera de promover el cambio terapéutico (Sternberg, 1998).

Consideramos que, partiendo de la imposibilidad de la no-comunicación y dado que son los recursos analógicos los que reflejan emocional de la relación, a través de medios indirectos, sería interesante realizar una revisión de la literatura existente referida a algunos de los aspectos o técnicas terapéuticas relacionadas con la comunicación dirigida a la emoción, que comprenderá recursos principalmente analógicos, de gran relieve en el establecimiento de la relación yo-tú en la terapia, aunque también digitales, que favorecerán que el mensaje llegue completo al receptor.

Así pues, el objetivo del presente estudio es descubrir y describir el uso de los medios narrativos en psicoterapia, así como su impacto en el proceso de cambio. Nuestra pretensión es cubrir un abanico medianamente amplio de las posibilidades de utilización de la comunicación escrita en psicoterapia, así como el potencial de estos recursos para facilitar la conexión con las propias emociones, la externalización de los problemas y la

comunicación emocional.

Método

Para la búsqueda bibliográfica hemos utilizado las siguientes bases de datos: Dialnet.uniroja, Trobes (catálogo de la biblioteca de la Universidad de Valencia), PsycINFO y Proquest Psychology Journals. Si bien es cierto que hemos acudido a alguna otra fuente, como Psycodoc o Elsevier, los resultados que nos han sido útiles procedían de las anteriormente mencionadas.

Los descriptores han ido variando conforme ha avanzado la investigación. En la búsqueda inicial, nos hemos centrado en términos como “comunicación terapéutica”, obteniendo ya varios resultados sobre los que trabajar. Una vez decidida la ruta de los recursos narrativos, los descriptores se basaban en términos como “*storytelling therapy*”, “*writing in therapy*” o “*letters in therapy*”.

La última etapa ha consistido en la búsqueda manual de fuentes útiles, a partir de las referencias presentes en los trabajos seleccionados en la búsqueda inicial.

Resultados

Hay múltiples enfoques que tienen en cuenta el uso de los recursos escritos y del mismo modo, son muchas las técnicas que pueden emplearse. Las más representativas son:

• Cartas

Las cartas se han usado con propósitos terapéuticos desde tiempos de Freud, precursor en el uso de esta herramienta. Se emplean en distintos enfoques terapéuticos y en un amplio abanico de contextos (Kindsvatter et al., 2009). Algunos de los tipos de carta a emplear en terapia son los siguientes:

► **Cartas de invitación:** son redactadas para invitar a alguna persona a formar parte del proceso terapéutico (White y Epston, 1993); especialmente útiles en terapia familiar, en los momentos en que algún miembro de la familia es reacio a acudir a la terapia.

► **Cartas de Predicción:** cartas en las que el terapeuta predice el

futuro del cliente, en un periodo de seis meses, se cierra y sella la carta, con el objetivo de abrirse en determinada fecha posterior. El objetivo es, por un lado, el seguimiento o revisión a los seis meses y por otro, teniendo en cuenta la dificultad de permanecer sin abrir la carta el tiempo necesario, que pueda funcionar como profecía auto cumplida, en caso de que los clientes abran la carta antes de tiempo (White y Epston, 1993).

► **Cartas para el yo presente:** escribir una carta a uno mismo sobre un problema actual, permite la separación del propio problema y ver la situación desde otra perspectiva (White y Murray, 2002).

► **Carta desde el futuro:** capacita a los clientes para pensar soluciones diferentes a las que ya han intentado. En terapia familiar, por ejemplo, ayuda a las familias a visualizar alternativas a sus patrones de interrelación desadaptativos (Hoffman et al., 2010).

Otras opciones también utilizadas incluyen las cartas de recomendación (White y Epston, 1993), de despedida, de colaboración, de exploración (Kindsvatter et al., 2013) y las dialécticas (Laub y Hoffman, 2002).

• Cuentos

Manuel Villegas y Pilar Mallol (2010) hacen un recorrido por las aportaciones discursivas del terapeuta en la construcción del discurso del paciente a través del uso de recursos analógicos compartidos, que se convierten en recursos no invasivos ni directivos para hacer posible la co-construcción del significado. Los autores exponen los siguientes medios:

► **Relatos mitológicos:** en el trabajo psicoterapéutico con los mitos, sobre todo se han popularizado el mito de *Edipo* y el de Narciso, desde Freud (1915), aunque son interesantes otros como el de *Edipo y Antígona* o el de *Er*. También tenemos, dentro de mitos relacionados con el amor, El andrógino, El nacimiento de Eros, el de *Eros y Psique*, y el de *Eco y Narciso*. También entrarían aquí los personajes de leyenda, como *Ulises y las sirenas* o *El dilema moral de Arjuna*.

► **Cuentos de autor:** encontramos colecciones de cuentos con finalidades terapéuticas, como son los de Bucay (2005) y otros no escritos con esa finalidad, pero con aplicaciones suficientes, como El principito (Saint-Exupéry, 2000), El caballero de la armadura oxidada (Fisher, 2006), El monje que vendió su Ferrari (Robin, 2002) o El alquimista (Coelho, 2008). Estos libros incluyen importantes metáforas que se pueden emplear. Los

autores destacan el farolero de El principito en relación con los rituales obsesivo-compulsivos y el castillo del silencio de El caballero de la armadura oxidada para conectar con la necesidad de recogernos en silencio y soledad para el encuentro con nosotros mismos y nuestras emociones.

► **Cuentos tradicionales:** provienen de tradiciones diversas y generalmente son de autor desconocido, como Los cuentos *Zen, Sufi o Taoistas*, o son de colecciones como *Panchatantra, Las mil y una noches, Las fábulas de Fedro* o *Esopo, El Decameron*, antes de la invención de la imprenta. Después de su creación, las colecciones de cuentos de Jean de la Fontaine, Charles Perrault, Los Hermanos Grimm, Hans Christian Andersen, Félix María Samaniego, o cuentos anónimos como El flautista de Hamelin, La Bella y la Bestia, Ali Babá y los cuarenta ladrones. Suelen ser breves y con finalidad moralizante, instructiva o didáctica y tienden a presentarse en un tiempo indefinido. En el contexto terapéutico, los autores hablan de que el empleo es “al libre albedrío del terapeuta”, buscando este el momento adecuado para sacarlos a colación o trayendo el cuento favorito del paciente a la conversación.

• **Escritura**

El poder terapéutico de la escritura fue descrito por autores como Goethe en *Werther* o Henry Miller y con la reacción al abandono de June que Isabel Allende retrata en *Paula* (De Salvo, 1999).

El uso de la escritura terapéutica se relaciona con una mejoría notable en la salud de los pacientes (Pennebaker y Beall, 1986), así como un mejor funcionamiento del sistema inmunitario (Pennebaker, Glaser y Glaser, 1988).

A nivel emocional, cognitivo y conductual también tiene efectos positivos, ya que escribir sobre sucesos traumáticos favorece la expresión emocional de modo más vívido e intenso. De esta forma, se produce un incremento de emociones desagradables durante el proceso de escritura, seguido por la remisión de estas y la aparición de emociones agradables (Murray et al., 1989; Donnelly y Murray, 1991).

Ir configurando la propia narrativa acerca del suceso traumático ayuda a reorganizar los pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma, a la par que favorece la comprensión y expresión de lo sucedido (Graybeal et al., 2002; Pennebaker y Seagal, 1999).

Graf (2004) encontró que el grupo que escribió mostró mayor reduc-

ción en ansiedad y depresión que el grupo control y más satisfacción con el proceso y el terapeuta, además de experimentar una mejora significativa en sus relaciones y el desempeño de sus roles.

Discusión

Habitualmente entendemos las emociones desde el modelo del triple sistema de respuesta, que las concibe como un fenómeno multidimensional que incluye, de forma explícita e interrelacionada, tres manifestaciones ante un estímulo que la desencadena: los procesos cognitivos que la van a determinar, los cambios fisiológicos y el comportamiento que las acompañan (Lang, 1971). La revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el desgaste fisiológico que supone la inhibición (Pennebaker, Colder y Sharp, 1990) como porque favorece la creación de una red de apoyo social ante la persona afectada (House, Landis y Umberson, 1988). Además, la emoción energiza y dirige el comportamiento, por lo que una desconexión de las propias emociones puede suponer problemas a nivel motivacional.

Por otro lado, las emociones tienen un papel fundamental en terapia, desde el inicio, en la primera impresión que se generan paciente y terapeuta, también en el establecimiento de la alianza y por supuesto en el abordaje de las cuestiones propias del proceso. De este modo, teniendo en cuenta el papel movilizador y motivacional de las emociones y su papel clave en la relación terapéutica, es fundamental el acceso a las mismas por vías que faciliten su profundización, consciencia y guía.

A tenor de estos hechos, y teniendo en cuenta que la comunicación emocional será fundamentalmente de tipo analógico, según los postulados de Watzlawick (1971), es necesario encontrar vías de acceso alternativas a la entrevista terapéutica, que la complementen y faciliten el trabajo emocional. Es por ello que la temática de esta investigación gira en torno a los recursos narrativos en terapia, ya que son puentes directos a las emociones, tanto a nivel cultural y antropológico, por el papel de las historias en el desarrollo de la identidad individual y social, como por la oportunidad que ofrecen de narrar y re-narrar la propia vida y sucesos, explorando otras alternativas para hacer frente a las experiencias problemáticas.

La pregunta planteada inicialmente era la que sigue: ¿qué impacto tie-

nen los recursos narrativos como medio de comunicación emocional en el proceso de cambio terapéutico?

En el caso de las cartas, los estudios revisados reflejan que contribuyen a desarrollar una auto-conciencia cada vez más profunda en los pacientes, también les ayudan a soportar emociones intensas, a conectar con el terapeuta y aumentan su seguridad y confianza; además, les facilitan el proceso de estructurar y entender sus dificultades y finalmente, les ayudan a expresar sus emociones de un modo más claro (Hamill et al., 2008).

En referencia al uso de cuentos o historias, hemos encontrado más estudios (Ruini, Masoni, Ottolini y Ferrari, 2014; Adler, 2012; Parker y Wampler, 2006). Todos ellos han revelado la utilidad del uso de las narrativas, observando un incremento en el crecimiento personal, autoaceptación, apreciación de vida, fortaleza personal y voluntad de acción, observándose que el empleo de las técnicas narrativas y las de psicoeducación no difieren significativamente en cuanto a la efectividad (Parker y Wampler, 2006).

Finalmente, en el ámbito de la escritura terapéutica, Burke (2005) no halló diferencias significativas entre quienes practicaron la escritura expresiva y quienes escribían sin la indicación de focalizarse en las emociones, de hecho, tras la escritura terapéutica la salud física mejora notablemente (Pennebaker y Beall, 1986), escribir sobre sucesos dolorosos ayuda al sistema inmune (Pennebaker, 1990), ya que las personas nos beneficiamos de transformar una experiencia traumática en una narración para entender y explicar los hechos ocurridos, y la configuración de esta narrativa reorganiza los pensamientos y sentimientos relacionados con el hecho traumático (Pennebaker y Seagal, 1999; Graybeal et al., 2002).

Se observa que las personas que utilizan en terapia estos recursos presentan menos ansiedad y depresión, una mayor satisfacción con el proceso terapéutico y con el terapeuta, así como una mejoría en sus relaciones y desempeño de roles sociales (Graf, 2004).

El uso sistemático de la escritura facilita la profundidad y eficacia del trabajo terapéutico, ya que permite un incremento y profundización del *insight* logrado en las sesiones de terapia, favorece la capacidad de autoobservación y potencia en el trabajo entre sesiones (Lanza-Castelli, 2006).

En definitiva, el uso de los recursos narrativos en psicoterapia es beneficioso, favorece el procesamiento emocional, la expresión, la autoobserva-

ción y contribuye a la relación terapéutica y la satisfacción con el proceso de intervención.

Futuras investigaciones deberían diseñar trabajos experimentales sobre la efectividad de estos recursos, ya que ninguno de los estudios ha utilizado esta metodología. Además, son necesarios trabajos que compararan distintos tipos de recursos narrativos, su efectividad y diferentes muestras donde usarlos, para ver qué colectivos pueden beneficiarse más de estas herramientas. La información que ofrecen es muy útil, aunque sería interesante considerar la posibilidad de realizar estudios empíricos al respecto, que permitirían afinar el uso de estos recursos y determinar de modo más claro cuándo, cómo y con quién son más eficaces.

Referencias

Adler, Jonathan M. (2012). Living Into the Story: Agency and Coherence in a Longitudinal Study of Narrative Identity Development and Mental Health Over the Course of Psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102 (2), 367–389.

Angus, L. E., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Macaulay, C., y Khattra, J. (2017). The narrative-emotion process coding system 2.0: A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27(3), 253-269.

Burke, P. A., y Dollinger, S. J. (2005). A picture's worth a thousand words: Language use in the autophotography essay. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31 536-548.

Donnelly, D. A. y Murray, E. J. (1991). Cognitive and Emotional Changes in Written Essays and Therapy Interviews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10,(3), 334-350.

Desmond, K. J. y Kindsvatter, A. (2010). Intentional practices in supervision of family counseling: The use of supervisory letters. *The Family*

Journal, 18(1), 31-35.

Fernández-Liria, A. y Rodríguez-Vega, B. (2008). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Freud, S. (1915). *Introducción al Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.

Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships; Soundings in social construction*. Boston, MA: Harvard University Press.

Guillaumet, M., Amorós, G., Ramos, A., Campillo, B. y Momblan, M. A. M. (2018). La narrativa como estrategia didáctica para una aproximación al proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 17(1), 185-210.

Graf, M. C. (2004). Written Emotional Disclosure: What are the Benefits of Expressive Writing in Psychotherapy? (Tesis, Facultad de Drexel University). Recuperada de: <http://dspace.library.drexel.edu/retrieve/2009/front.pdf>

Graybeal, A., Sexton, J. D. y Pennebaker, J. W. (2002). The role of story-making in disclosure writing: the psychometrics of narrative. *Psychology and Health*, 17(5), 571-581.

Hoffman, R., Gimenez Hinkle, M. y Kress, V. W. (2010). Letter writing as an intervention in family therapy with adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *The family Journal*, 18 (1), 24-30.

House, J. S. Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540– 545.

Kindsvatter, A., Desmond, K., Yanikoski, A. y Stahl, S. (2013). The use of therapeutic letters in addressing parent-child attachment problems. *The Family Journal*, 21(1), 74-79. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1066480712456824>.

Kindsvatter, A., Nelson, J. R. y Desmond, K. J. (2009). An invitation to between-session change: The use of therapeutic letters in couples and family counselling. *The Family Journal*, 17(1), 32-38.

Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, New York: Wiley.

Lanza-Castelli, G. (2006). El trabajo de escritura entre sesiones en la psicoterapia psicoanalítica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 9, 155-176.

Lambruschi, F. (2009). Cuentos, vínculos de apego y organizaciones de significado personal /fairy tales, attachment bonds and personal meaning organizations. *Psicoperspectivas*, 8(1), 112-158.

Laub, B. y Hoffmann, S. (2002). Dialectical letters: An integration of dialectical cotherapy and narrative therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 177-183.

Menchaca, B. R. y Gutiérrez, L. Á. (2005). *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. Madrid: UNED.

Murray, E. J. y Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 391-405.

Pennebaker, J. W., Colder, M. y Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 528-537.

Parker, T. S. y Wampler, K. S. (2006). Changing emotion: the use of therapeutic storytelling. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (2), 155-66.

Pennebaker, J. W., (2004). *Writing to Heal. A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*, Oakland, California, New Harbinger Publications.

Pennebaker, J. W. y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward and understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.

Pennebaker, J. W. y Seagal, J. D., (1999). Forming a Story: The Health Benefits of Narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1243-1254.

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1988). Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 239-245.

Pyle, N. R. (2006). Therapeutic letters in counselling practice: Client and counsellor experiences. *Canadian Journal of Counselling*, 40(1), 17-31.

Robertson, S. M. C. y Swickert, R. J. (2018). The stories we tell: how age, gender and forgiveness affect the emotional content of autobiographical narratives. *Aging & Mental Health*, 22(4), 535-543.

Ruini, C., Masoni, F., Ottolini, F. y Ferrari, S. (2014). Positive Narrative Group Psychotherapy: the use of traditional fairy tales to enhance psychological well-being and growth. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice* 4:13.

Sternberg, R. J. (1998). *Love is a story*. New York: Oxford University Press.

Villegas, M., y Mallol, P. (2010). Recursos analógicos en psicoterapia (I): metáforas, mitos y cuentos. *Revista de Psicoterapia*, 5-63.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Desarrollo físico en población infantojuvenil a través de actividades multiaventura: diferencia de percepciones en monitores de campamento según la edad

(Physical development child-youth population through adventure activities: difference of perceptions in camp monitors according to the age)

Por María Pilar Aparicio-Flores¹⁶ Aitana Fernández-Sogorb¹⁷ Lucía Granados-Alós¹⁸ David Aparisi-Sierra¹⁹ y Cándido J. Inglés²⁰

Resumen

Las consecuencias ligadas al sedentarismo, cada vez con mayor afluencia en población adolescente, desencadenan factores de riesgo sobre la propia salud, tales como obesidad y problemas cardiovasculares, entre otros.

¹⁶Investigadora Predoctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica, Facultad de Educación, Universidad de Alicante. Contacto: Apdo. Correos, 99, 03080, San Vicente del Raspeig (Alicante), España. pilaraparicioflores@gmail.com.

¹⁷Investigadora Predoctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica, Facultad de Educación, Universidad de Alicante. Contacto: Apdo. Correos, 99, 03080, San Vicente del Raspeig (Alicante), España. aitana.fernandez@ua.es.

¹⁸Directora del Máster Universitario de Psicopedagogía. Departamento de Educación Universidad Internacional de Valencia. Contacto: C/Pintor Sorolla, 21, 46002. Valencia, España. lucia.granados@campusviu.es.

¹⁹Profesor Asociado (LOU). Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica, Facultad de Educación, Universidad de Alicante. Contacto: Apdo. Correos, 99, 03080, San Vicente del Raspeig (Alicante), España. david.aparisi@ua.es.

²⁰Profesor Titular de Universidad. Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández. Contacto: Avda. de la Universidad, s/n, Edificio Altamira, 03202, Elche (Alicante), España. cjingles@umh.es.

Numerosos estudios consideran sustancial que las instituciones educativas elaboren proyectos educativos, relacionados con el medio ambiente y el tiempo libre, como clave estimulante en la participación de actividad física entre los jóvenes. El siguiente trabajo recoge la diferente percepción de profesionales de un campamento multiaventura, según la edad de los mismos, sobre el beneficio físico que consideran poder desplegar en los jóvenes desde las actividades que promueven. Para ello se diseñó una entrevista semiestructurada, basada en una metodología cualitativa. Los resultados confirman una estimación positiva, en la mayoría de los participantes, hacia un beneficio generalizado de la persona. Se destaca un desarrollo psicomotor, mayoritariamente por profesionales con edades comprendidas entre 36 y 45 años. Asimismo, los más jóvenes y los de mayor edad, afirman una contribución instructiva hacia hábitos de higiene y alimentación. Del mismo modo, un porcentaje inferior de profesionales, revelan una superación física y emocional en el alumnado tras enfrentarse a este tipo de actividades. Finalmente, tres de las opiniones de los profesionales, mayoritariamente entre los más jóvenes, destaca un desarrollo físico condicionado debido a la limitación temporal. Las aportaciones de los profesionales, indistintamente de la edad, son extremadamente positivas en cuanto al beneficio promovido por actividades multiaventura en un entorno natural. Futuras líneas de investigación deberían aumentar la muestra de estudio, así como la percepción de la población infantil y adolescente.

Palabras clave: Actividades multiaventura; Diferencias por edad; Beneficio generalizado; Desarrollo físico.

Abstract

The consequences linked to sedentary lifestyle, increasingly with greater influence on the adolescent population, trigger the risk factors on health, such as obesity and cardiovascular problems, among other things. Many studies consider important that educational institutions develop educational projects, related to the environment and leisure time, as a stimulating key in the participation of physical activity among young people. The following work collects different perceptions about the benefits of a multi- adventure camp,

according to the age of the sample, on the physical benefit that it considers to be able to deploy in the young people of the activities that are promoted. For it, a semi-structured interview was designed, based on a qualitative methodology. The results confirm a positive estimate, in most of the participants, towards the generalized benefit of the person. It is emphasized a psychomotor development, mostly by professionals aged between 36 and 45 years. Likewise, the young and the elderly affirm an instructive contribution to the habits of hygiene and feeding. Similarly, a lower percentage of professionals reveal a physical and emotional improvement in the student after facing this type of activity. Finally, three of the opinions of professionals, mostly of them the youngest, emphasizes a physical development conditioned by time constraints. The contributions of professionals, regardless of age, are extremely positive in terms of the benefit promoted by multi-adventure activities in a natural environment. Future lines of research should increase the study sample, as well as the perception of the child and adolescent population.

Keywords: Multi-adventure activities; Differences per age; Generalized Benefit; Physical development.

Introducción

El sedentarismo y sus consecuencias insalubres son problemas en ascendencia generalizada (Temple, Rhodes y Wharf-Higgins, 2011). Numerosos estudios expresan la importancia del medio ambiente y los enfoques políticos como medida hacia el aumento propulsor de la actividad física en la población (Scrutton, 2014).

España pasa por un importante abandono de la práctica de actividad física en la etapa adolescente (Martínez et al., 2012). Este alejamiento es debido a causas como falta de tiempo, conflicto de intereses en su tiempo libre, pereza o desgana (Macarro, Romero y Torres, 2008; Martínez et al., 2012).

En este sentido, Tannehill, MacPhail, Walsh y Woods (2013) sugieren la importancia de proyectar la actividad física a través de los contextos demandados por la población infantojuvenil. Diversos estudios examinan la institución escolar como punto de partida para promocionar actividades que complementen la programación del aula, partiendo de un ambiente relajado, lúdico, con valores hacia la naturaleza y con experiencias estimu-

lantes (Harun y Salamuddin, 2014). Y, es aquí donde entran en juego las actividades multiaventura.

No es extraño encontrar una relación lineal entre la práctica física y el estado de salud (Warburton, Nicol y Bredin, 2006). Diversos estudios afirman que una vida activa reduce el riesgo de muerte prematura, diabetes, enfermedades coronarias (Macarro et al., 2008; Warburton et al., 2006), así como obesidad (Temple et al., 2011). En este sentido, parece ser que los beneficios físicos se expanden a todo tipo de población y particularidades concretas, pues Smith (2015) observó una mejora significativa de las habilidades motoras, mediante la intervención de actividades multiaventura, en niños con Trastorno Espectro Autista (TEA).

Sin embargo, la actividad física, y sobre todo los deportes de aventura, son vinculados a un beneficio generalizado de la persona, tales como el aumento de felicidad, autoeficacia (Mutz y Müller, 2016), regulación del carácter emocional, relaciones interpersonales, superación de miedos (Clough, Mackenzie, Mallabon y Bryner, 2016), concentración (Brymer, Keith y Liz, 2014), motivación intrínseca y disfrute (Mackenzie, Son y Fitel (2018) en población juvenil; así como un aumento de confianza y cooperación en muestra clínica (Vancampfort, Rosenbaum, Probst, Connaughton y Du Plessis, 2016).

Del mismo modo la actividad física, en un entorno natural, reduce el estrés (Mutz y Müller, 2016), agresión y fatiga mental (Brymer et al., 2014) en población general, así como la ansiedad y hostilidad en muestra clínica (Vancampfort et al., 2016).

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la diversa percepción, dependiendo de la edad, de un colectivo profesional dedicado a la educación no formal en un campamento multiaventura sobre el beneficio físico que consideran poder desplegar en los jóvenes desde sus puestos de trabajo, las actividades que promueven y la metodología utilizada.

Método

Participantes

La muestra fue compuesta por 30 profesionales, trabajadores del Cam-

pamento de Fontés (CF), con edades comprendidas entre 18 y 45 años de edad, de los cuales un 54,84% eran de sexo femenino. El CF, ubicado en el interior de la provincia de Alicante, se dedica a la promoción de actividades multiaventura tales como escalada y piragüismo.

Tabla 1. Análisis descriptivo de códigos demográficos respecto a la edad de la muestra

SUBCÓDIGOS	VARIABLES	FRECUENCIA
1.1. R1	18 a 25 años	36,66%
1.2. R2	26 a 35 años	26,66%
1.3. R3	36 a 45 años	36,66%

La *Tabla 1* recoge el análisis descriptivo de los códigos demográficos referentes a la edad de los participantes, en la que se destaca una equivalente proporción en cuanto a profesionales entre 18 y 25 años (R1) y de 36 a 45 años (R3). Asimismo, con un porcentaje no muy distante se observa un 26,66% de participantes entre 26 a 35 años (R2).

Instrumentos

Contemplando la investigación biográfica-narrativa como principio para observar la percepción de los participantes desde sus propias experiencias, los datos fueron recogidos mediante una entrevista semiestructurada, de acuerdo con las recomendaciones de Potter y Hepburn (2005). Las cuestiones que configuraban la entrevista se trataron bajo los criterios de fiabilidad expuestos por Goetz y Lecompte (1988). Asimismo, se incluyeron los criterios de claridad, verosimilitud y transferencia propuestos por Connelly y Clandinin (1995), según los cuales debe basarse toda investigación narrativa.

Procedimiento

Aprovechando una jornada de formación de los participantes y tras ser informados de la finalidad de la investigación, se repartieron las entrevistas, respondiendo de manera voluntaria y anónima.

Diseño

Una vez cumplimentadas las entrevistas, se transcribieron de manera virtual, asignándoles un código numérico para identificarlas y salvaguardar su anonimato.

Realizando una primera lectura que albergara cuidadosamente todos los argumentos expuestos, se elaboró un mapa de códigos demográficos e inferenciales.

Los datos se trataron con el programa AQUAD versión 6, realizando una segunda lectura y la codificación de cada segmento que englobaba los códigos propuestos.

Resultados

La *Tabla 2* recoge los resultados obtenidos sobre la percepción que tienen los profesionales del CF, dependiendo de la edad de los mismos, en relación al beneficio físico mediante la ejecución de actividades multiaventura.

Tabla 2. Resultados obtenidos para la interacción entre los códigos pertenecientes al beneficio físico y la diferencia de percepción por edad de participantes

CÓDIGO	SUBCÓDIGO	FA	R1	R2	R3
2.DESARROLLO INTENSIFICADO	2.1. Desarrollo psicomotor	21 (56,75%)	8 (38,10%)	3 (14,28%)	10 (47,62%)
	2.2. Actividad saludable	7 (18,92%)	3 (42,86%)	1 (14,28%)	3 (42,86%)
	2.3. Superación física y emocional	6 (16,22%)	1 (16,66%)	2 (33,33%)	3 (50,00%)
3.DESARROLLO CONDICIONADO	3.1. Limitación temporal	3 (8,11%)	2 (66,66%)	1 (33,33%)	0 (0%)

Nota: FA=Frecuencia Absoluta; R1=18 a 25 años; R2=26 a 35 años; R3=36 a 45 años

Los hallazgos confirman una apreciación positiva del desarrollo físico en el 91,89% de las respuestas. Un 56,75% de los participantes, mayoritariamente R3, destaca un desarrollo psicomotor a través de la participación de actividades multiaventura.

Un 18,92% de los participantes, acentuado en R1 y R3 (42,86%) afirma la proyección de valores saludables tales como hábitos de higiene y alimentación.

Un 16,22% de los entrevistados, la mitad de ellos R3, sugiere una superación física y emocional en niños y adolescentes, teniendo en cuenta el desconocimiento y novedad de actividades multiaventura para la gran mayoría de los jóvenes.

Finalmente, un 8,11% de profesionales, mayoritariamente R1, sugiere un beneficio físico condicionado debido a la limitación temporal, contemplando que no son actividades que las practican con asiduidad.

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la diferente percepción, según la edad, de los profesionales del CF sobre el beneficio físico que aporta la participación en actividades multiaventura. La mayoría de los participantes revelaron una apreciación positiva. Esta fue mayor cuanto más edad de los entrevistados. En consonancia con Pavón y Moreno (2006), cuyos autores hallaron que la consideración del ejercicio físico como un asunto saludable en el ser humano se ve incrementado a medida que aumenta la edad.

Sin embargo, las percepciones de los profesionales no recogieron únicamente un beneficio físico, sino que extendieron su apreciación hacia un beneficio emocional y de fomento de valores.

Los participantes más adultos destacaron un beneficio psicomotor a través de las actividades multiaventura. En este sentido, un estudio llevado

a cabo con personas adultas (Medad = 50-69 años) sobre la motivación de realizar actividades de aventura, afirmó que el motivo principal por el que se inician en estas prácticas es por diversión, disfrute del entorno físico y una mejora de la salud (Naidoo, Ramseook-Munhurrun, Seebaluck y Janvier, 2015). Asimismo, los participantes más jóvenes y de mayor edad, también afirmaron una proyección de valores saludables en el CF relacionados con hábitos de higiene y alimentación. Cough et al. (2016) afirmaron que el medio ambiente promueve un beneficio psicológico, reflejado en un incremento de autonomía personal. Del mismo modo, los participantes con edades comprendidas entre 36 y 45 años sugirieron una superación física y emocional debido al desconocimiento de actividades multiaventura por la mayoría de la población infantojuvenil. Y es aquí donde entra en juego la influencia tanto del monitor como de los compañeros, siguiendo las contemplaciones de Vazou, Ntoumanis y Duda (2006), que examinaron los índices motivacionales en jóvenes atletas. Por otra parte, tres de los participantes más jóvenes afirmaron un beneficio físico condicionado debido a la carencia temporal respecto a la ausencia de participación de este tipo de actividades de manera habitual entre los jóvenes. Teniendo en cuenta que diversas investigaciones afirman un gran porcentaje de sedentarismo entre los jóvenes (Macarro et al., 2008; Martínez et al., 2012; Temple et al., 2011).

Las evidencias anteriores muestran un desarrollo personal y físico considerablemente elevado en población infantojuvenil, desde la ejecución de actividades de aventura en contacto con la naturaleza. Sin embargo, y pese a alentar a las instituciones educativas hacia el diseño y programación de actividades de este tipo, con objeto de fomentar un bienestar generalizado en la salud de los estudiantes, deben contemplarse las características personales de cada alumnado por lo que respecta al carácter físico, humanista y económico. Scrutton (2014) midió los beneficios de este tipo de tareas en niños escoceses (Medad = 10-12 años) mostrando un eficaz rendimiento, que desvaneció en un período de 10 semanas, por lo que el autor lo atribuyó a la satisfacción momentánea, y a la limitada integración posterior de este trabajo en el ámbito escolar. De este modo, Scrutton (2014) halló la percepción de los docentes hacia el diseño e implementación de actividad física en un entorno natural, siendo los profesionales los que se oponían por la barrera que suponía este impulso nove-

doso entre las familias de un poder adquisitivo reducido. Estos hallazgos, como expresa el autor, demuestran la necesidad de financiar programas de actividad física de características similares a las expuestas, con objeto de integrar al alumnado, así como de proporcionarles un bienestar íntegro, reflejado en sus resultados académicos y sociales en el aula.

Cabe destacar diversas limitaciones en el trabajo. Estos resultados no deben generalizar a otros colectivos profesionales del mismo ámbito, puesto que los resultados podrían verse alterados dependiendo de la metodología empleada. Asimismo, futuros estudios deberían ampliar la muestra de estudio, así como analizar la percepción de la población infantojuvenil hacia el beneficio físico desde la ejecución de este tipo de actividades. En conclusión, los beneficios a nivel físico y personal de los jóvenes que practican actividades multiaventura se ven incrementados desde el punto de vista de los profesionales que las imparten, independientemente de la edad de los monitores.

Es importante la implementación de la actividad física en un ambiente natural, a través de una perspectiva de ocio, para disminuir las causas de abandono entre los jóvenes (Macarro et al., 2008; Martínez et al., 2012), diseñando programas que se inclinen hacia la motivación de este tipo de población, y con objeto de la prevención de consecuencias de salud perjudiciales para el ser humano (Temple et al., 2011).

Referencias

Brymer, E., Keith, D. y Liz, M. (2014). Understanding the psychological health and well-being benefits of physical activity in nature: an ecological dynamics analysis. *Ecopsychology*, 6(3), 189-197. doi: 10.1089/eeco.2013.0110.

Clough, P., Mackenzie, S. H., Mallabon, L. y Brymer, E. (2016). Adventurous physical activity environments: a mainstream intervention for mental health. *Sports Medicine*, 46(7), 963-968. doi: 10.1007/s40279-016-0503-3.

Connelly, M. y Clandinin, J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En J. Larrosa (Ed.), *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*, Barcelona: Laertes.

Goetz, J. P. y Lecompte, M. D. (1988). Características y orígenes de la etnografía educativa. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*, Madrid: Morata.

Harun, M. T. y Salamuddin, N. (2014). Promoting social skills through outdoor education and assessing its effects. *Asian Social Science*, 10(5), 71-78. doi: 10.5539/ass.v10n5p71.

Macarro, J., Romero, C. y Torres, J. (2008). Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva en los estudiantes de Bachillerato de la provincia de Granada [Reasons why Higher Secondary School students in the province of Granada drop out sports and organized physical activities]. *Revista de Educación*, 353, 495-519.

Mackenzie, S. H., Son, J. S. y Fitel, K. (2018). Using outdoor adventure to enhance intrinsic motivation and engagement in science and physical activity: An exploratory study. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*, 21, 76-86. doi: 10.1016/j.jort.2018.01.008.

Martínez, A. C., Chillón, P., Martín, M., Pérez, I., Castillo, R., Zapatera, B. y Delgado, M. (2012). Motivos de abandono y no práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles: estudio Avena [Motives of dropout and non practice physical activity and sport in spanish adolescents: the avena study]. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (1), 45-54.

Mutz, M. y Müller, J. (2016). Mental health benefits of outdoor adventures: results from two pilot studies. *Journal of Adolescence*, 49, 105-114. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.03.009.

Naidoo, P., Ramseok-Munhurrin, P., Seebaluck, N. V. y Janvier, S. (2015). Investigating the motivation of baby boomers for adventure tourism. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 175, 244-251. doi:

10.1016/j.sbspro.2015.01.1197.

Pavón, A. y Moreno, J. A. (2006). Diferencias por edad en el análisis de la práctica físico-deportiva de los universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(1), 53-67.

Potter, J. y Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, 2, 1-27.

Scrutton, R.A. (2014). Outdoor adventure education for children in Scotland: quantifying the benefits. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 15(2), 123-137. doi: 10.1080/14729679.2013.867813.

Smith, L. M. (2015). *Implementing a Multi-Sport Skills Camp for Girls Ages 8-11 with Autism Spectrum Disorder*. (Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Health Sciences), University of Ontario, California.

Tannehill, D., MacPhail, A., Walsh, J. y Woods, C. (2013). What young people say about physical activity: the children's sport participation and physical activity (CSPPA) study. *Sport, Education and Society*, 20(4), 442-462.

Temple, V., Rhodes, R. y Wharf-Higgins, J. (2011). Unleashing physical activity: an observational study of park use, dog walking, and physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 8, 766-774.

Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Connaughton, J. y Du Plessis, C. (2016). What are the top 10 physical activity research questions in schizophrenia? *Disability and Rehabilitation*, 38(22), 2235-2243. doi:10.3109/09638288.2015.1116622.

Vazou, S., Ntoumanis, N. y Duda, J. L. (2006). Predicting young athlete's motivational indices as a function of their perceptions of the coach and peer-created climate. *Psychology of Sport and Exercise*, 7(2), 215-233. doi: 10.1016/j.psychsport.2005.08.007.

Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. y Bredin, S .S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809. doi: 10.1503/cmaj.0513.

Ansiedad y depresión: impacto en la percepción de amenaza de la enfermedad pediátrica neumológica

(Anxiety and depression: impact on the perceived threat of pediatric pneumonic disease)

Por Selene Valero-Moreno²¹, Olga Ribera-Asensi²², Laura Lacomba-Trejo²³, Sara Casaña-Granel²⁴, Marián Pérez-Marín²⁵, Inmaculada Montoya-Castilla²⁶, Silvia Castillo-Corullón²⁷ y Amparo Escribano-Montaner²⁸

Resumen

El diagnóstico de una enfermedad respiratoria crónica (ERC) en la etapa adolescente supone poner en marcha recursos para afrontar la nueva situación, pero aun así se puede percibir como una amenaza para la vida

²¹Investigador en Formación. Facultad de Psicología, Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: selene.valero@uv.es.

²²Graduada en Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: olgribera@gmail.com.

²³Estudiante de Doctorado. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: laura.lacomba@hotmail.com.

²⁴Estudiante de Doctorado. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: saracasanagranell@gmail.com.

²⁵Profesora titular en la Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: marian.perez@uv.es.

²⁶Profesora titular en la Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: inmaculada.montoya@uv.es.

²⁷Médico y especialista en Neumología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010. Valencia. Contacto: castillo_sil@gva.es.

²⁸Médico y especialista en Neumología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia y Profesora titular en la Facultad de Medicina Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010. Valencia. Contacto: Amparo.escribano@uv.es.

del paciente. Este estresor añadido a la adolescencia puede dificultar el ajuste emocional del paciente aumentando las posibles complicaciones físicas relacionadas con la enfermedad. Los objetivos estudio son analizar las características médicas y psicológicas de los adolescentes con ERC, profundizando en el estudio de la clínica ansiosa-depresiva y el grado de amenaza percibida de la enfermedad, analizar la relación existente entre las variables de estudio y la edad del paciente y la influencia del sexo en estas variables de ajuste.

Tras firmar el consentimiento informado se realizó el pase de cuestionarios a 259 pacientes pediátricos de edades comprendidas entre 9 y 18 años. Las variables analizadas fueron: Clínica Ansiosa-Depresiva (Hospital Anxiety and Depression Scale) y Percepción de amenaza de la enfermedad (Brief Illness Perception Questionnaire).

Un 27,8% de los adolescentes mostraba clínica ansiosa, en cambio la clínica depresiva era mucho menor con niveles de un 3,1%. Los niveles de percepción de amenaza de la enfermedad fueron moderados. Así, el grado de percepción de amenaza se relacionó significativamente y de manera positiva con la clínica ansiosa, pero no lo hizo con la edad del paciente. Asimismo, se encontró una asociación positiva entre la edad pediátrica y la clínica ansiosa. Por último, se observaron diferencias entre chicos y chicas respecto al grado de amenaza de la enfermedad.

Es importante el abordaje multidisciplinar para una detección temprana de síntomas de malestar emocional en el paciente. De esta manera, desarrollar programas de intervención que permitan reducir los factores de riesgo en la calidad de vida de estos pacientes y facilitar una mejor adaptación.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Percepción amenaza, Enfermedad respiratoria crónica; Pediatría

Abstract

The diagnosis of a chronic respiratory disease (CKD) in the adolescent stage involves putting in place resources to deal with the new situation, but it can still be perceived as a threat to the patient's life. This added stress in adoles-

cence can make it difficult for the patient to adjust emotionally, increasing the possible physical complications associated with the disease. The objectives of the study are to analyze the medical and psychological characteristics of adolescents with CKD, studying in depth the anxiety-depressive clinic and the degree of perceived threat of the disease, analyzing the relationship between the study variables and the age of the patient and the influence of sex on these adjustment variables.

After signing the informed consent form, 259 pediatric patients between the ages of 9 and 18 were given questionnaires. The variables analyzed were: Hospital Anxiety and Depression Scale and Brief Illness Perception Questionnaire. 27.8% of adolescents showed an anxious clinic, while the depressive clinic was much lower with levels of 3.1%. The levels of perceived threat of disease were moderate. Thus, the degree of perceived threat was significantly and positively related to the anxious clinic, but not to the age of the patient. A positive association was found between pediatric age and anxious clinical age. Finally, differences were observed between boys and girls in the degree of threat of the disease.

A multidisciplinary approach is important for early detection of symptoms of emotional distress in the patient. In this way, we will develop intervention programs that allow us to reduce the risk factors in the quality of life of these patients and facilitate better adaptation.

Keywords: Anxiety; Depression; Perception threatens, Chronic respiratory disease; Pediatrics

Introducción

Frecuentemente, los niños tienen enfermedades agudas de corta duración. Sin embargo, algunos niños conviven con una enfermedad crónica (EC), a consecuencia de factores genéticos (hereditarios), factores ambientales pre o postnatales (tabaquismo, alcohol, accidentes, infecciones, etc.) o una combinación de ambos (Torpy, Campbell y Glass, 2010).

La enfermedad crónica pediátrica es definida como aquella que tiene una duración mayor de 3 meses o que requiere de hospitalización continua durante más de un mes, con un curso impredecible y cambiante, y que puede ser tan grave que interfiere con las actividades diarias del niño

(Compas, Jaser, Dunn y Rodríguez, 2012).

Existe una gran variedad de EC que suelen debutar en la etapa de la infancia o adolescencia, sin embargo, las respiratorias son las que mayor prevalencia tienen respecto al resto. Así, el asma es la enfermedad crónica en general y respiratoria en particular más frecuente (OMS, 2016) alcanzando cifras de alrededor de unos 235 millones de personas que la padecen. Esta enfermedad es un problema de salud pública en todos los países, ya que es una enfermedad que se diagnostica y trata menos de lo que debiera, que supone una carga considerable para los afectados y sus familias, y a menudo limita las actividades cotidianas.

Por otra parte, en población infantil los datos revelan que, un 11-15% en España tiene asma (ERS, 2013; GINA, 2015), y el sexo es una variable que influye en dicha tasa de prevalencia, en este caso los chicos tienen un mayor riesgo de sufrir asma (GINA, 2015). Los estudios nos sitúan en el sexto país de Europa con mayor prevalencia (ERS, 2013). Aunque los estudios se han centrado en el abordaje psicológico del asma bronquial porque es la enfermedad por excelencia en esta etapa, existen otras enfermedades respiratorias importantes. A lo largo del capítulo hablaremos de los resultados encontrados en el asma bronquial como en la fibrosis quística (FQ), esta última por ser la enfermedad rara más frecuente.

La presencia de una EC en la adolescencia es un factor de riesgo significativo para desarrollar un trastorno psicológico como la ansiedad o la depresión. La clínica ansiosa-depresiva parece ser más común en poblaciones con condiciones crónicas respecto a la población sana (Pinquart y Shen, 2011a; Pinquart y Shen, 2011b). La prevalencia de los trastornos de ansiedad en población infantojuvenil sana oscila entre el 9-21% (Costello, Egger y Angold, 2005; Southam-Gerow y Chorpita, 2007) sin embargo, en las condiciones crónicas las tasas pueden llegar a alcanzar desde un 7% a un 40% (Cartwright-Hatton, McNicol y Doubleday, 2006; Dantzer, Swendsen, Maurice-Tison y Salamon, 2003).

En los estudios sobre el asma, la ansiedad es la emoción más estudiada. En este sentido, las investigaciones encuentran una relación consistente entre el asma y los trastornos de ansiedad en los adolescentes (Feldman, Ortega, McQuaid y Canino, 2006; Goodwin, Messineo, Bregante Hoven y Kairam, 2005; Ortega, McQuaid, Canino, Goodwin y Fritz, 2004). Por otra parte, en pacientes con FQ, se han encontrado niveles clínicos de

ansiedad que oscilan entre el 8,8% y el 32% (Cruz, Marciel, Quittner y Schechter, 2009; Modi, Driscoll, Montag-Leifling y Acton, 2011).

En segundo lugar, la depresión es el segundo diagnóstico más frecuente en la infancia y adolescencia, las estimaciones de la prevalencia de la depresión en España se encuentran en el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Particularmente en el asma son frecuentes los síntomas depresivos, (Goodwin et al., 2005; Kotrotsiou et al., 2011; McQuaid, Koppel y Nassau, 2001) asimismo los estudios señalan que los pacientes asmáticos en edad adolescente presentan clínica depresiva en un 25-35% de los casos (Steinberg, Aldea y Messias, 2015; Waxmonsky et al., 2006).

Las investigaciones sobre depresión en FQ, como esta enfermedad requiere un complejo tratamiento diario (nebulizaciones y fisioterapia respiratoria) que consume mucho tiempo y limitaciones en las actividades cotidianas, aumentando el riesgo de depresión (Cruz et al., 2009; Quittner, Barker, Marciel & Grimley, 2008), aunque existe controversia sobre su prevalencia en función del estudio. Algunos indican que entre un 11 y un 14,5% de estos pacientes están deprimidos y otros llegan al 33%. Sin embargo, las tasas europeas indican tasas relativamente menores entre el 6-12% (Cruz et al., 2009). Una posible explicación son los avances médicos en el tratamiento médico que ayuda a mejorar los síntomas físicos y psicológicos (Modi et al., 2011). No obstante, debemos prestar atención a los síntomas subclínicos de depresión (por ejemplo, puntuaciones inferiores al punto de corte en los cuestionarios de screening) por sus grandes implicaciones y asociados con la disfunción psicosocial, deterioro funcional, y aumento probabilidad de futuros episodios de depresión mayor (Lewinsohn, Solomon, Seeley y Zeiss, 2000).

Los estudios con EC indican que la presencia añadida de un trastorno ansioso-depresivo se relaciona con mayor sintomatología médica (tos, pitos y fatiga) comparados con aquellos que no presentan el trastorno psicológico (James, Soler y Weatherall, 2005; Katon, Lin y Kroenke, 2007). Por ejemplo, en el asma, los datos muestran que los síntomas psicológicos se asocian con un aumento de la aparición de crisis asmáticas, un mayor uso de los servicios de salud, mayor declive de la calidad de vida y un peor control del asma, en comparación con los pacientes sin síntomas psicológicos (Feldman et al., 2006; Kotrotsiou et al., 2011; McCauley, 2007;

Richardson, 2008). Concretamente, la depresión entraña un riesgo especialmente elevado de morbilidad grave y mortalidad en el asma (Opolski y Wilson, 2005). En el caso de la FQ, la presencia de síntomas depresivos se asocia también con un deterioro de la función pulmonar (Bregnballe, Thastum y Schiøtz, 2007).

Otro efecto negativo de esta clínica es la falta de adherencia al tratamiento, ya difícil de por sí durante la adolescencia (Di Matteo, Lepper y Croghan, 2000). Particularmente en el asma, las tasas de adherencia se sitúan en torno al 50%, y disminuyen con la aparición de algunas variables relacionadas con el tratamiento, variables psicológicas del paciente (como la presencia de un trastorno psicológico) (Bender, 2002). Por otra parte, los adolescentes con FQ, disminuye la probabilidad de realizar los ejercicios de fisioterapia respiratoria diaria (Smith, Modi, Quittner y Wood, 2010) necesarios para evitar la acumulación de mucosidad en los bronquios y prevenir así la infección respiratoria.

En las investigaciones sobre el ajuste y adaptación enfermedad, informan que aquellos niños que utilizan un afrontamiento evitativo tienen mayores dificultades en la adaptación a la enfermedad. En el asma, estilos de afrontamiento como la negación y la evitación están asociados con un pobre control de la enfermedad (Barton, Clarke, Sulaiman y Abramson, 2003). Asimismo, una mayor percepción de control sobre la enfermedad se asocia con el grado de control del asma, en cambio una percepción negativa de la enfermedad se asocia con más problemas emocionales (depresión, ansiedad) incluso a lo largo del tiempo (Tiggelman, Ven, Schayck, Kleinjan y Engels, 2014). Hay estudios que señalan que, para los asmáticos, la presencia de síntomas (tos, pitos o fatiga) supone el peor componente de sobrecarga de la enfermedad, sin embargo, pocos niños perciben que su asma suponga una interrupción importante en sus vidas (Townsend et al., 1991).

En cuanto a la FQ, la mayoría de los pacientes pediátricos con esta enfermedad sienten que su independencia y libertad están limitadas debido a su estado de salud y a un tratamiento que consume excesivo tiempo (Jamieson et al., 2014). El control sobre los medicamentos recae principalmente en los cuidadores, lo que a una edad en la que es necesaria la búsqueda de autonomía, supone un estrés añadido (Hafetz y Miller, 2010).

Por último, otro factor que juega un papel importante en el grado de

amenaza percibido por la enfermedad, es la incertidumbre sobre ella, o el grado de confusión que experimentan los pacientes sobre el estado y curso de la enfermedad, tal y como indica la literatura sobre EC en general (Carpentier, Mullins, Wagner, Wolfe-Christensen y Chaney, 2007).

Por ello, los objetivos del presente estudio son analizar las características médicas y psicológicas de los adolescentes con ERC, profundizando en el estudio de la clínica ansiosa-depresiva y el grado de amenaza percibida de la enfermedad, analizar la relación existente entre las variables de estudio y la edad del paciente y la influencia del sexo en estas variables de ajuste.

Método

Participantes

Los participantes en esta investigación son adolescentes con enfermedades respiratorias crónicas con edades comprendidas entre 9 y los 18 años ($M=12,15$; $DT=2,42$), el 52,9% eran chicos. Los datos fueron recolectados entre abril de 2015 y diciembre de 2017 después de firmar un formulario de consentimiento informado de los tutores y se obtuvo una muestra total de 302 participantes adscritos a una Unidad de Neumología Pediátrica perteneciente a uno de los centros de referencia hospitalaria de la Comunidad Valenciana (Hospital Clínico Universitario de Valencia). Se excluyó del estudio 43 participantes porque cumplían los siguientes criterios de exclusión: a) parálisis cerebral infantil, b) tumor cerebral, c) trastorno por déficit de atención o hiperactividad, o con diagnóstico psicológico previo al inicio de la enfermedad respiratoria, obteniendo finalmente un total de 259 pacientes que formaron parte del estudio.

Variables e Instrumentos

► Variables médicas y sociodemográficas:

Se utilizaron registros *ad hoc* para recoger información sobre las variables sociodemográficas y médicas (frecuencia de visitas, número de hospitalizaciones, tipo de tratamiento, presencia de otras enfermedades adyacentes).

► Variables clínicas o psicológicas:

Presencia de Psicopatología: *Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)* (Zigmond y Snaith, 1983): valora la clínica cognitiva, la ansiedad y depresión frente a la clínica somática, aspecto especialmente relevante en estudios cuyos sujetos cursan con un diagnóstico médico/somático significativo. El cuestionario se ha usado en adolescentes y jóvenes (de 10 a 23 años), obteniendo adecuadas propiedades psicométricas. En cuanto a la consistencia interna de la escala, en un estudio de validación en población española los valores para la escala de ansiedad variaron entre 0,68 y 0,93 (media 0,83) y para la escala de depresión entre 0,67 y 0,90 (media 0,82) (Caro y Ibáñez, 1992).

Ajuste a la enfermedad: *Brief-Illness Perception Questionnaire (BIP-Q)* (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006) en su versión traducida al español (Pacheco-Huergo et al., 2012). Valora el grado en que la enfermedad se percibe como una amenaza, teniendo en cuenta dimensiones como: consecuencias de la enfermedad, duración de ésta, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, respuesta emocional y comprensión de la enfermedad. El BIP-Q ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Broadbent et al., 2006).

Procedimiento

Este trabajo se enmarca dentro de un equipo de investigación integrado por un Departamento de Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y una Unidad de Neumología Pediátrica de un Hospital terciario de Valencia, con un convenio de colaboración entre la Fundación del Hospital y la Universidad. El procedimiento de recogida de datos fue llevado a cabo en el Hospital, por componentes de dicho equipo, en un único pase y un único momento temporal. Se solicitó el consentimiento informado a los tutores legales y a los adolescentes, y se informó a los participantes en el estudio de las características del mismo, asegurando el compromiso de confidencialidad e informando del carácter anónimo del registro de datos. Se cuenta con el aval del comité ético de la UV y del

CEIC del Hospital para poder realizar la investigación.

Análisis estadísticos

Se procedió a analizar los resultados mediante análisis descriptivos para cada una de las variables objeto de estudio, posteriormente se realizó una prueba T para muestras independientes y por último se analizaron las relaciones entre las variables mediante correlaciones de Pearson. Para todo ello, se utilizó el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados

Variables médicas

Tal y como indica la *Figura 1*, la enfermedad respiratoria más prevalente en nuestra muestra de estudio es el asma bronquial, seguido del grupo otros diagnósticos respiratorios (que incluye diferentes patologías respiratorias que por separado no son entidad suficiente para ser consideradas como grupos independientes, por ejemplo: neumonías de repetición, bronquiectasias entre otras).

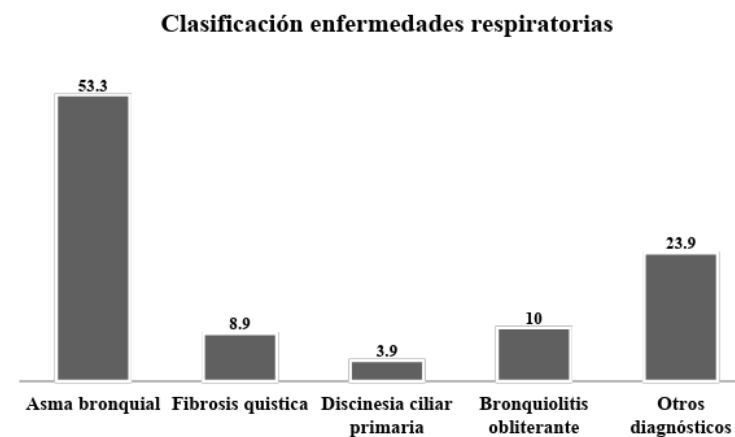


Figura 1. Distribución de los tipos de enfermedades respiratorias crónicas

Analizando las comorbilidades, 37,8% (n=98) de los participantes asociaban a su ERC otro diagnóstico: 25,5% (n=53) tenían dos diagnósticos adicionales; 9,5% (n=12) tres; 5,6% (n=7) cuatro y el resto, 16,7% (n=21), sólo sufrían asma bronquial. Destacaba, por una parte, la alergia a inhalantes como el más prevalente de los otros diagnósticos respiratorios adicionales (66,1%), estando clínicamente controlada en la mayoría de los pacientes (78%), y por otra, el reflujo gastroesofágico (RGE) (33,8%) como la enfermedad no respiratoria predominante en los pacientes con ERC.

El tiempo de cronicidad de la enfermedad desde su diagnóstico, oscilaba entre los 6 y 216 meses, con una media de 82,17 meses, por lo que 50% de los pacientes había sido diagnosticado, al menos, 6 años antes. En cuanto a la frecuencia de visitas, la mayoría (52,9%), acudía de manera semestral a la consulta; 23,9% anualmente; 5,4% cada 4 meses y 17,8% trimestralmente.

Respecto al tratamiento médico, 75,3% (n=195) recibía terapia inhalada con aerosoles o polvo seco; 14,3% (n=37) recibía terapia nebulizada, 45,6% tomaba algún tipo de medicación oral (n=118); 8,9% llevaba inmunoterapia (n=23) y dos casos recibían anticuerpos anti IgE (0,8%). La media diaria de dosis recibidas (de 0 a 27) era de 2,94 /día (DT=4,33).

VARIABLES PSICOLÓGICAS

► Psicopatología: ansiedad y depresión

Respecto a los resultados sobre psicopatología, la clínica ansiosa era la más presente entre los pacientes con ERC. Así, alrededor de un 26,9% presentaron sintomatología ansiosa, de los cuales un 9,6% presentaba un claro riesgo de trastorno de ansiedad que requeriría atención psicológica (Figura 2). No se encontraron diferencias en función del sexo en esta variable.

Porcentajes HADS de los pacientes

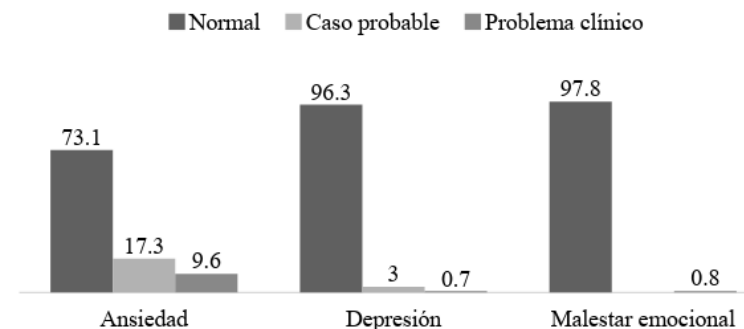


Figura 2. Porcentajes de las puntuaciones obtenidas en psicopatología (HADS)

► Adaptación a la enfermedad

Los datos de la puntuación total en el cuestionario BIP-Q (M=27,91; DT=11,05) (rango 0-55), indicaban que los pacientes no percibían su enfermedad respiratoria como algo extremadamente amenazante, sino que tendían a infravalorar la amenaza de la enfermedad, mostrando mayores puntuaciones en duración de la enfermedad, preocupación y comprensión de la enfermedad. Al analizar diferencias de medias, el grupo de las chicas mostraban un peor ajuste a la enfermedad, percibiendo su enfermedad crónica como más amenazante, aunque el tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 1. Pruebas T significativa para la variable adaptación enfermedad

Variables	Chicos M (DT)	Chicas M (DT)	t	p	d
2. Ajuste a la enfermedad	26,50(11,26)	29,71(10,63)	-2,31	0,02*	0,29

Nota: M=media; DT=desviación típica; t=valor de t; p= nivel de probabilidad; d=d de Cohen (tamaño del efecto)

**Nivel de significación $p \leq 0,05$*

► Relación entre variables psicológicas y edad

Por último, al analizar las relaciones existentes entre las variables estudiadas encontramos que la clínica o sintomatología ansiosa se asociaba de manera lineal positiva de manera baja con el grado de percepción de amenaza a la enfermedad ($r=0,2$; $p=0,003$) así a mayor nivel de amenaza de la enfermedad respiratoria crónica, los niveles de ansiedad también aumentarían, pero no se encontraba relacionado con la depresión o el nivel total de malestar. Adicionalmente la edad del paciente se relacionó únicamente de manera lineal y positiva con la clínica ansiosa, es decir, a más edad, más presencia de sintomatología ansiosa (Ansiedad: $r=0,16$; $p \leq 0,01$), *pero la edad no se relacionó de manera significativa con la clínica depresiva ni con la percepción de amenaza de la enfermedad.*

Discusión

En respuesta al objetivo planteado de analizar las variables médicas y psicológicas, la muestra estudiada la componen pacientes con ERC de entre 9 y 18 años de edad, representativa del periodo de preadolescencia-adolescencia, con unos porcentajes entre chicos y chicas proporcionales. En cuanto a la enfermedad, el asma mayoritariamente fue la enfermedad más común en esta etapa, lo que va en la línea de los estudios anteriores que el asma es la enfermedad más prevalente en pediatría (ERS, 2013; GINA, 2015).

Como se ha comentado el padecer una ERC en esta etapa puede suponer un riesgo en la aparición de problemas emocionales (Pinquart y Shen, 2011). Así en nuestro estudio, un tercio de los pacientes adolescentes presentan niveles elevados de ansiedad, tasas similares de estudios anteriores (Cartwright-Hatton et al., 2006; Dantzer, et al., 2003). De esta manera, tal y como indican las investigaciones previas, la ansiedad es el trastorno más común encontrado en las enfermedades respiratorias (Cruz et al., 2009; Feldman et al., 2006; Katon et al., 2007; McQuaid et

al., 2001; Modi et al., 2011; Morrison, et al., 2002; Ortega et al., 2004) y de vital importancia su detección temprana por el aumento del riesgo en la evolución de la enfermedad, disminuyendo la adherencia al tratamiento, haciendo un mal uso de los servicios médicos y produciendo una exacerbación de la sintomatología respiratoria. (Feldman, et al., 2006; Kaugars et al., 2004; McCauley, 2007; Morrison et al., 2002; Richardson, 2008; Kotrotsiou et al., 2011).

Por otro lado, la depresión, aunque los estudios indican que es el segundo trastorno psicológico más común relacionado con la enfermedad respiratoria crónica (Steinberg, et al., 2015; Waxmonsky et al., 2006). Estos resultados esperados no se han encontrado en nuestro estudio, asimismo como muestra literatura científica previa con pacientes con FQ, es importante no infravalorar el hecho de que hayan pacientes con síntomas subclínicos de depresión para ser considerados como un problema significativo que requiera atención psicológica (Lewinsohn et al., 2000). De esta manera se puede hacer una prevención temprana de la aparición de posibles episodios depresivos en el futuro.

Respecto al nivel de percepción amenaza, los pacientes tendían a infravalorar su enfermedad, muchos de ellos por el desconocimiento de su enfermedad, pero aun así como indicaba Carpentier et al. (2007) es importante valorar el grado de amenaza o incertidumbre de la enfermedad porque puede tener repercusiones psicológicas negativas, tal y como indicaba Tiggelman et al. (2014). Así, una mayor percepción de control se asocia con un mejor control de la enfermedad. En cambio, una percepción negativa de la enfermedad se asocia con más problemas emocionales (depresión, ansiedad) incluso a lo largo del tiempo, tal y como se indican en nuestros resultados, sobre la existencia de relaciones.

A pesar de las contribuciones señaladas hasta ahora los resultados obtenidos sólo pueden considerarse preliminares debido a las limitaciones del estudio. La principal limitación del estudio es que únicamente se ha tenido en cuenta la percepción del adolescente, sería interesante contar, en próximos estudios, con varios informadores y distintos métodos de obtención de la información para evaluar las variables a estudio, y poder reducir los errores más comunes en los autoinformes. También resultaría útil comparar nuestra muestra de estudio entre sí en función del tipo de diagnóstico médico que presentan y tener en cuenta otras variables médi-

cas como el número de hospitalizaciones, tipo de tratamiento o frecuencia de visitas.

Por último, es importante destacar que los resultados presentados no permiten obtener relaciones causales entre las variables de interés. El diseño llevado a cabo, de tipo transversal, solo posibilita concluir que existen relaciones significativas entre las variables, por lo que se requerirían estudios longitudinales con el fin de esclarecer con mayor precisión los resultados obtenidos.

En futuras líneas de investigación sería interesante valorar otras variables relacionadas con la calidad de vida del paciente u otras variables psicológicas de interés, y también realizar distintos programas de intervención derivados de los datos obtenidos y evaluar su influencia sobre las enfermedades respiratorias crónicas pediátricas.

La conclusión de nuestro estudio es que la clínica ansiosa es la sintomatología psicológica más presente en este tipo de pacientes, lo que puede conllevar dificultades en la adaptación a la enfermedad. Asimismo es importante señalar la importancia de una detección temprana de factores de riesgo en estas enfermedades, para reducir el impacto y deterioro en la calidad de vida de los pacientes y así llevar a cabo programas especializados para cubrir estas necesidades.

Agradecimientos

El presente estudio ha sido realizado gracias a las ayudas de investigación recibidas por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología y por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar y además Valero-Moreno S. es beneficiaria de una ayuda predoctoral de la Generalitat Valenciana (ACIF17) con fondo social europeo.

Referencias

Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N. y Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 97 (7), 747-761.

Bender, B. G. (2002). Overcoming barriers to nonadherence in asthma treatment. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 109 (6), S554-S559.

Bregnballe, V., Thastum, M. y Schiøtz, P. O. (2007). Psychosocial problems in children with cystic fibrosis. *Acta Paediatrica*, 96 (1), 58-61.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. y Weinman, J. A. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631-637.

Carpentier, M., Mullins, L., Wagner, J., Wolfe-Christensen, C. y Chaney, J. M. (2007). Examination of the cognitive diathesis-stress conceptualization of the hopelessness theory of depression in children with chronic illness: the moderating influence of illness uncertainty. *Children's Health Care*, 36 (2), 181-196.

Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. y Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 817-833.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J. y Rodríguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8 (1), 455-480.

Costello, E. J., Egger, H. y Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 972-986.

Cruz, I., Marciel, K. K., Quittner, A. L. y Schechter, M. S. (2009). Anxiety and Depression in Cystic Fibrosis. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 30 (5), 569-578.

Dantzer, C., Swendsen, J., Maurice-Tison, S. y Salamon, R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 23 (6), 787–800.

Di Matteo, M. R., Lepper, H. S. y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: metaanalysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160 (14), 2101–2107.

European Respiratory Society (2013). *European Lung White Book: Respiratory Health and Disease in Europe*. Recuperado el 20 de febrero de 2018 desde: <http://www.erswhitebook.org/>

Feldman, J. M., Ortega, A. N., McQuaid, E. L. y Canino, G. (2006). Comorbidity between asthma attacks and internalizing disorders among puertorican children at one-year follow-up. *Psychosomatics*, 47 (4), 333-339.

Global Initiative for Asthma (2015). *GINA Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Recuperado el 20 de febrero de 2018, desde: <http://www.ginasthma.org/>.

Goodwin, R. D., Messineo, K., Bregante, A., Hoven, C. W. y Kairam, R. (2005). Prevalence of probable mental disorders among pediatric asthma patients in an inner city clinic. *Journal of Asthma*. 42 (8), 643-647.

Hafetz, J. y Miller, V. A. (2010). Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 36 (5), 655–662.

James, A., Soler, A. y Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19 (4) (Art. No.: CD004690.004610).

Jamieson, N., Fitzgerald, D., Singh-Grewal, D., Hanson, C. S., Craig, J. C. y Tong, A. (2014). Children's experiences of cystic fibrosis: A systematic review of qualitative studies. *Pediatrics*, 133 (6), e1683-e1697.

Katon, W., Lin, E. H. y Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29 (2), 147–155.

Kotrotsiou, E., Krommydas, G., Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S., Paralikas, T., Lahana, E., y Kiparissi, G. (2011). Anxiety and depression in teenagers and young adults with Asthma. *Health Science Journal*, 5 (3), 229-236.

Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R. y Zeiss, A. (2000). Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2), 345–351.

McCauley, E. (2007). Impact of anxiety and depression on functional impairment in adolescents with asthma. *Gen Hosp Psychiatry*, 29 (3), 214-222.

McQuaid, E. L., Kopel, S. J. y Nassau, J. H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(6), 430-439.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Modi, M., Driscoll, K. A., Montag-Leifling, K. y Acton, J. D. (2011). Screening for Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults with Cystic Fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 46 (2), 153–159.

Modi, A. C. y Quittner, A. L. (2003). Validation of a disease-specific measure of health-related quality of life for children with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (8), 535–545.

Opolski, M. y Wilson, I. (2005). Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 18.

Organización Mundial de la Salud (2016), *Enfermedades respiratorias crónicas*. Recuperado el 20 de febrero de 2018 desde: <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>

Ortega, A. N., McQuaid, E. L., Canino, G., Goodwin, R. D. y Fritz, G. K. (2004). Comorbidity of asthma and anxiety and depression in Puerto Rican children. *Psychosomatics*, 45 (2), 93–99.

Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P. y Del Val, J. L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44, 280-287.

Pinquart, M. y Shen, Y. (2011). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36 (9), 1003-1016.

Pinquart, M. y Shen, Y. (2011). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36 (4), 375-384.

Quittner, A. L., Barker, D. H., Marciel, K. K. y Grimley, M. E. (2009). Cystic fibrosis: a model for drug discovery and patient care. En M. C. Roberts & R. G. Steele (eds.). *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 271–286). New York: Guilford Press.

Richardson, L. (2008). The effect of comorbid anxiety and depressive disorders on health care utilization and costs among adolescents with asthma. *General Hospital Psychiatry*, 30 (5), 398-406.

Ryan-Wenger, N., Sharrer, V. y Wynd, C. (2000). Stress, Coping and Health in Children. En V. H. Rice (Ed), *Handbook of stress, coping and health* (pp. 265-293). Thousand Oaks: Sage.

Smith, B. A., Modi, A. C., Quittner, A. L. y Wood, B. L. (2010). Depressive symptoms in children with cystic fibrosis and parents and its effects on adherence to airway clearance. *Pediatric Pulmonology*, 45 (8), 756-763.

Steinberg, L., Aldea, I. y Messias, E. (2015). Asthma, Depression, and Suicidality: Results from the 2007, 2009, and 2011 Youth Risk Behavior Surveys. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203 (9), 664-669.

Southam-Gerow, M. A. y Chorpita, B. F. (2007). Anxiety in children and adolescents. En E. J. Mash & R. A. Barkley (eds.), *Assessment of Childhood Disorders* (pp. 347–397). New York: Guilford Press.

Tiggelman, D., Ven, M., Schayck, O., Kleinjan, M., y Engels, R. (2014). The common sense model in early adolescents with asthma: Longitudinal relations between illness perceptions, asthma control and emotional problems mediated by coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 77 (4), 309-315.

Torpy, J. M., Campbell, A. y Glass, R. M. (2010). Chronic Diseases of Children. *Journal of the American Medical Association*, 303 (7), 682.

Townsend, M., Feeny, D. H., Guyatt, G. H., Furlong, W. J., Seip, A. E. y Dolovich, J. (1991). Evaluation of the burden of illness for pediatric asthmatic patients and their parents. *Annals of Allergy*, 67 (4), 403.

Waxmonsky, J., Wood, B. L., Stern, T., Ballou, M., Lillis, K., Cramer-Benjamin, D., Mador, J. y Miller, B. D. (2006). Association of depressive symptoms and disease activity in children with asthma: Methodological and clinical implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 945–954.

Zigmond A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.

Experiencias de bienestar y malestar en jóvenes estudiantes universitarios y su relación con la práctica de la actividad física

(Well- and ill-being experiences in young university students and it's relationship with physical activity practice)

Por Lorena González García²⁹ y Patricia Mesa-Gresa³⁰

Resumen

La promoción de la salud, a través de la consecución del bienestar físico y psicológico, es uno de los principales objetivos de la sociedad actual. Diversos estudios han relacionado esta mejora con un estilo de vida saludable basado, entre otros aspectos, en la actividad física. El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre las experiencias de bienestar y malestar y el nivel de ejercicio físico realizado por los jóvenes.

La muestra estuvo compuesta por 467 universitarios (mujeres = 263; $M_{\text{edad}} = 21.26$; $DT = 4.21$) a los que se pasó una batería de cuestionarios.

Los resultados indicaron que la actividad física realizada por los jóvenes estudiantes tenía una relación positiva con sus afectos positivos y su autoestima y una relación negativa con su nivel de estrés percibido, su depresión y sus experiencias de síntomas somáticos.

Estos resultados pueden ayudar a desarrollar planteamientos de estrate-

²⁹Departamento de Psicología. Universidad Europea de Valencia. Calle General Elio, 8. 46010. Valencia. Contacto: lorena.gonzalez@universidadeuropea.es.

³⁰Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: patricia.mesa@uv.es.

gias de prevención e intervención basadas en la promoción de la salud, el bienestar y la práctica de actividad física en jóvenes.

Palabras clave: Bienestar; Malestar; Actividad física; Estudiantes universitarios.

Abstract

Health promotion through the development of physical and psychological well-being is one of the main objectives of today's society. Several studies have shown the relationship between health promotion and healthy lifestyles based, among other aspects, on the practice of physical activity. The aim of the present study was to analyze the relationship between experiences of well- and ill-being and the level of physical exercise performed by young people.

The sample consisted of 467 university students (female = 263; $M_{age} = 21.26$; $SD = 4.21$) who completed a packet of questionnaires.

The results indicated that the level of physical activity practiced by the young students had a positive relationship with their positive affects and self-esteem, and it had a negative relationship with their perceived stress, depression and their experiences of somatic symptoms.

These results can help to develop approaches to contribute to prevention and intervention strategies based on the promotion of health, well-being and the practice of physical activity within young people.

Keywords: *Well-being; Ill-being; Physical activity; University students.*

Introducción

La búsqueda del bienestar y la comprensión de los factores que contribuyen a su consecución ha sido un objetivo principal desde los antiguos filósofos griegos hasta la actualidad. A lo largo de los años han ido surgiendo multitud de estudios que analizan el nivel de la salud física y psicológica de las personas y que intentan determinar algunos de sus múltiples correlatos

(Balaguer, Castillo y Pastor, 2002; Kjønnsen, Torsheim y Wold, 2008).

En línea con el interés generalizado hacia la promoción de la salud, la Organización Mundial de la Salud presenta como uno de sus principales objetivos la mejora de la salud y el bienestar de las personas de todo el mundo, y defiende que para alcanzar este fin se requieren esfuerzos globales que incluyan, por ejemplo, la creación de unos sistemas sanitarios centrados en las personas, que sean públicos, universales, equitativos, sostenibles y de alta calidad (WHO, 2012).

En aras a facilitar la comunicación entre científicos y profesionales del ámbito de la salud resulta relevante alcanzar un consenso en cuanto a la definición de los constructos que nos ocupan. Sin embargo, la conceptualización de la salud, el bienestar o el malestar ha sido un campo de discrepancias a lo largo del tiempo, y ha ido evolucionando a través de los años y los autores que han profundizado en su estudio. Para sentar las bases del trabajo que nos ocupa, presentaremos en primer lugar los consensos conceptuales que seguimos en este estudio, para posteriormente profundizar sobre los diferentes indicadores de bienestar y malestar que estudiaremos. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud establece actualmente la definición de salud como un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y se desmarca de la anterior conceptualización de salud como la ausencia de enfermedad o de malestar (WHO, 1946).

La definición y conceptualización del bienestar y el malestar sigue presentando desacuerdos entre teóricos contemporáneos y diferentes disciplinas de estudio (Diener, 1984; Ryan, Huta y Deci, 2008). El mayor consenso aparece en relación a la idea de que el bienestar no es sinónimo de la ausencia de malestar físico o mental, y que se trata de dos dimensiones separadas e independientes (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Lee y Oguzoglu, 2007; Ryan y Deci, 2001).

Adentrándonos en el estudio del bienestar, observamos que este constructo ha sido el foco de atención desde la época de los antiguos filósofos griegos, quienes defendían que un objetivo común de toda conducta humana persigue el deseo de alcanzar la felicidad. A lo largo de los años, el estudio científico del bienestar ha ido evolucionando y generando visiones que facilitan la comprensión de su carácter multidimensional. Hoy en día, los estudios sobre el bienestar dentro del campo de la psicología distinguen entre dos perspectivas diferentes, la perspectiva hedónica y

la perspectiva eudaimónica, que lejos de ser contrapuestas se defienden como complementarias (Ryan y Deci, 2001; Waterman, 1993).

Por un lado, la perspectiva hedónica se ha equiparado con el bienestar subjetivo (Kahneman, Diener y Schwarz, 1999) y defiende que éste es alcanzado con la consecución del placer y la evitación del dolor (Kahneman et al., 1999; Waterman, 1993). Uno de los indicadores de bienestar más utilizados desde la perspectiva hedónica para evaluar las experiencias de bienestar subjetivo han sido los afectos, analizando por separado el afecto positivo y el afecto negativo (Diener, 1984). Otro indicador que ha venido utilizándose es la percepción de la satisfacción con la vida, aunque algunos autores argumentan que este indicador de bienestar no representa el movimiento hedonista de una forma tan precisa como los afectos (Deci y Ryan, 2008; Ryan et al., 2008).

Por otro lado, la perspectiva eudaimónica se ha equiparado en la psicología contemporánea con el bienestar psicológico, desde donde se defiende que el bienestar va más allá de la mera consecución de la felicidad o el placer y la evitación del dolor. Más concretamente, el bienestar eudaimónico se equipara a la consecución de la autorrealización a través de la búsqueda del desarrollo de los potenciales humanos y en la consecución de los objetivos de nuestra vida de manera congruente con los valores personales (Waterman, 1993). Desde esta perspectiva se destaca que el bienestar es un estado que conduce a la actualización del potencial humano y que la auténtica felicidad se encuentra implícita en la realización de una actividad donde se expresa la virtud de la persona (Ryff y Singer, 1998; Waterman, 1993). Dos de los indicadores utilizados frecuentemente desde la perspectiva eudaimónica para evaluar las experiencias de bienestar psicológico han sido la vitalidad subjetiva y la autoestima. Entendemos la vitalidad subjetiva como la experiencia consciente que tiene una persona de poseer energía y ánimo (Ryan y Frederick, 1997), mientras que la autoestima la entendemos como la evaluación global de uno mismo como persona (Marsh, Parker y Barnes, 1985).

Si perseguimos la mejora de la salud y del bienestar físico y psicológico de las personas, resulta relevante dirigir nuestra atención hacia la promoción de los estilos de vida saludables entre los jóvenes. Diferentes autores defienden que el estilo de vida que los jóvenes adoptan durante su adolescencia puede resultar especialmente importante ya que tiende a con-

solidarse y por lo tanto puede mantenerse estable a lo largo de la adultez (Balaguer et al., 2002). En este sentido, se entiende que los estilos de vida promovidos durante la adolescencia pueden tener un impacto potencial sobre las experiencias de bienestar o malestar físico y psicológico de las personas durante su vida adulta (Kjønniksen et al., 2008; WHO, 2012). Sin embargo, la adolescencia también representa una edad en la que muchos jóvenes abandonan sus hábitos y estilos de vida saludables y durante la cual desarrollan diferentes conductas de riesgo como el consumo de sustancias o el sedentarismo (García Merita et al., 2012).

Siguiendo estas ideas, a lo largo de los últimos años se han sucedido esfuerzos desde organizaciones internacionales de reconocido prestigio para promover los estilos de vida saludables entre los jóvenes (WHO, 2012). Una de las iniciativas que más fuerza ha alcanzado es la promoción de la práctica de actividad física a través del ejercicio, el deporte y el tiempo de ocio activo (Bangsbo et al., 2016; WHO, 2010; WHO Europe, 2011), debido a las numerosas evidencias científicas que defienden los beneficios que dicha práctica presenta sobre el bienestar de las personas (Balaguer, 2013; Mang, 2013; Redolat y Mesa-Gresa, 2015).

Gran parte de los trabajos científicos publicados hasta la fecha se han centrado en demostrar los beneficios que la práctica de actividad físico-deportiva presenta sobre la salud física de las personas. Algunos de estos estudios han resaltado que el ejercicio físico se relaciona positivamente con la mejora en la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, la salud ósea, cardiovascular y metabólica (Faude et al., 2010; WHO, 2010). En la misma línea, otros estudios han defendido que la práctica de actividad física se relaciona negativamente con la respuesta neurofisiológica de estrés, observándose niveles más bajos de cortisol (Mesa-Gresa, Ramos-Campos y Redolat, 2013).

Si bien es cierto que la mayor parte de los estudios se han centrado en las mejoras de la salud física, durante los últimos años están proliferando los trabajos que dirigen su foco de atención sobre los beneficios psicológicos derivados de la práctica de actividad físico-deportiva. En ellos se defiende que la práctica regular de actividad física se relaciona positivamente con un funcionamiento adaptativo y con indicadores de bienestar como los afectos positivos, la autoestima, el funcionamiento cognitivo o la vitalidad subjetiva (González, Castillo, García-Merita y Balaguer,

2015; Janssen y LeBlanc, 2010; Papaioannou et al., 2013; Redolat, Mesa-Gresa y Ramos-Campos, 2012; Saxena, Van Ommeren, Tang y Armstrong, 2005). Otros autores defienden que la práctica de actividad física se relaciona también negativamente con indicadores de malestar como la ansiedad, el burnout o la depresión (Balaguer y García-Merita, 1994; González, García-Merita, Castillo y Balaguer, 2016; Janssen y LeBlanc, 2010; Paluska y Schwenk, 2000; Ströhle, 2009).

Con el interés de alcanzar una mejor comprensión sobre las experiencias y los niveles de bienestar y malestar en los jóvenes, en el presente estudio nos centramos en una muestra de jóvenes estudiantes universitarios y profundizamos sobre sus experiencias en el día a día de bienestar y malestar, así como en la relación de estas con su práctica de actividad físico-deportiva habitual.

Como primer objetivo específico nos centramos en la descripción del nivel de bienestar de los estudiantes universitarios (evaluando los indicadores de autoestima, afectos positivos y satisfacción con la vida) y en su nivel de malestar (a través de la evaluación de su afecto negativo, depresión, estrés, síntomas somáticos y síntomas psicológicos). En el segundo objetivo específico del presente estudio analizamos la relación entre los diferentes indicadores de bienestar y malestar con el nivel de actividad física realizada por los jóvenes.

Método

Participantes

En el estudio participaron 467 estudiantes universitarios (hombres = 198; mujeres = 263), con edades comprendidas entre los 17 y 48 años ($M_{\text{edad}} = 21.26$; $DT = 4.21$). Los universitarios provenían de un total de 24 países diferentes, siendo el país más frecuente España (34.5%), seguido de Italia (32.1%) y Francia (24.0%) y cursaban diferentes grados, entre los que destacaban el Grado en Odontología (41.5% de la muestra total), el Grado en Fisioterapia (23.8%) y el Grado en Enfermería (9.2%).

Variables e Instrumentos

Afectos. En este estudio hemos evaluado los afectos positivos y negati-

vos a través de la versión española (González et al., 2012; Mars, Castillo, López-Walle y Balaguer, 2016) de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (Watson, Clark y Tellegen, 1988). La escala está compuesta por 20 ítems que se dividen en dos subescalas (estas son, la subescala de afectos positivos y la subescala de afectos negativos). La escala comienza con el enunciado “En general, en las últimas semanas, me he sentido...” y se responde con una escala de respuesta de tipo Likert de 5 puntos con un rango que oscila desde nada (1) hasta extremadamente (5). En la subescala de afectos positivos se presentan ítems como “entusiasmado”, mientras que en la subescala de afectos negativos existen ítems como “culpable”. La validez de constructo del instrumento ha sido probada previamente en otros estudios (Crawford y Henry, 2004). La Escala de Afectos Positivos y Negativos utilizada en el presente estudio presenta una fiabilidad adecuada, oscilando entre $\alpha = .77$ para la subescala de afecto positivo y $\alpha = .81$ para la subescala de afecto negativo.

Autoestima. Para la evaluación de la autoestima de los estudiantes utilizamos la versión española (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000) de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). La escala se compone por 10 ítems como “me siento una persona tan valiosa como los demás” o “tengo una actitud positiva hacia mí mismo”. Las respuestas se recogen en una escala de respuesta de tipo Likert de 5 puntos con un rango que oscila desde muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (5). Estudios previos han demostrado la validez de constructo de este instrumento analizando las respuestas de jóvenes deportistas (González et al., 2016). Los análisis de los resultados preliminares muestran que la Escala de Autoestima de Rosenberg utilizada en el presente estudio presenta una fiabilidad adecuada ($\alpha = .84$).

Satisfacción con la vida. Para la evaluación de la percepción de satisfacción con la vida de los universitarios hemos utilizado la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) en su versión española (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). Esta escala está compuesta por 5 ítems que se responden con una escala de respuesta de tipo Likert de 7 puntos que oscila desde muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (7). Para evaluar este constructo los alumnos responden a ítems como “en la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea” o “si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada”. Estu-

dios previos en el ámbito de la actividad físico-deportiva con jóvenes han demostrado la validez de esta escala (Balaguer, Castillo y Duda, 2008). Los resultados preliminares del presente estudio muestran que la Escala de Satisfacción con la Vida utilizada en el presente estudio presenta una fiabilidad adecuada ($\alpha = .85$).

Estrés. El estrés de los universitarios ha sido evaluado a través de la versión española (Remor, 2006) de la Escala de Estrés Percibido (Cohen, Karmarck y Mermelstein, 1983). La escala se compone por 14 ítems como “¿con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?” o “¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?”. Las respuestas se recogen en una escala de respuesta de tipo Likert de 5 puntos con un rango que oscila desde nunca (1) hasta muy a menudo (5). Estudios previos han demostrado la validez de constructo del instrumento (Cozzo y Reich, 2016) y nuestros resultados preliminares demuestran que la Escala de Estrés Percibido utilizada en el presente estudio presenta una fiabilidad adecuada ($\alpha = .80$).

Depresión. En el presente estudio utilizamos la versión española de la Versión Breve de la Escala del Centro Epidemiológico de Estudios en Depresión para Niños (Carpenter et al., 2009). Esta escala está compuesta por 5 ítems que se responden a través de una escala de respuesta de tipo Likert que oscila desde muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (5). La escala presenta ítems como “me he sentido demasiado cansado para hacer cosas” o “me he sentido infeliz, triste o deprimido”. La validez de esta escala ha sido probada por estudios previos en diferentes contextos y países (Li, Chung y Ho, 2010). Los resultados preliminares del presente estudio muestran que esta escala posee una fiabilidad adecuada ($\alpha = .74$).

Síntomas psico-somáticos. Para evaluar la presencia de síntomas psicósomáticos en los universitarios se ha utilizado la versión española (Balaguer, 2002) de la dimensión de síntomas psicósomáticos de la Encuesta de Conductas de Salud en Niños en Edad Escolar (Wold, 1995). La escala está compuesta por 8 ítems que se responden a través de una escala de respuesta de tipo Likert que oscila desde *casi nunca o nunca* (1) hasta *casi a diario* (5). Para evaluar la dimensión de los síntomas somáticos se utilizan ítems como “dolor de cabeza” o “dolor de espalda” y para evaluar la dimensión de síntomas psicológicos se utilizan ítems como “estar depre” o “estar irritado o enfadado”. Estudios previos han demostrado la validez de

este instrumento (Balaguer, 2002), que también ha mostrado una fiabilidad adecuada en el presente estudio ($\alpha = .69$ para los síntomas somáticos y $\alpha = .75$ para los síntomas psicológicos).

Práctica de actividad física. La actividad física realizada a lo largo de una semana se evaluó a través de la versión española del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ; <https://sites.google.com/site/theipaq/>). Este cuestionario está compuesto por siete ítems que analizan la práctica habitual de actividad física en los últimos siete días, e incluye preguntas sobre la actividad física en el ámbito laboral, la actividad física relacionada con el transporte, las tareas del hogar, actividades como la jardinería y las actividades de tiempo libre. La escala comienza con el enunciado “Durante los últimos 7 días...” y se contesta indicando las horas y/o minutos que pasan los jóvenes implicados en las diferentes actividades. La validez de constructo de este instrumento ha sido probada en estudios previos (Hagströmer, Oja y Sjöström, 2005).

Procedimiento

El presente proyecto de investigación cumple con la normativa vigente y con la aprobación del comité ético autonómico y de la universidad correspondiente. La cumplimentación de los cuestionarios se realizó en las aulas universitarias, al principio o al final de las sesiones de clase, y duraron aproximadamente 30 minutos. En la cumplimentación de los pases de cuestionarios siempre había un miembro del equipo de investigación que se encargaba de explicar brevemente la investigación, solicitar la participación voluntaria de los alumnos, responder a las dudas que surgieran a los estudiantes y cerciorarse de que los cuestionarios estaban bien cumplimentados en el momento de su devolución. En el momento del pase de cuestionarios, los alumnos recibían una hoja con información sobre el proyecto, un consentimiento informado que debían devolver firmado y una batería de cuestionarios para cumplimentar.

Diseño

El trabajo presenta un diseño transversal y correlacional. Para la obtención de datos se solicitó a los estudiantes universitarios que cumplimen-

taran un paquete de cuestionarios que incluía las variables de interés de este estudio. Los cuestionarios fueron administrados en sesiones grupales poco después de comenzar el curso académico.

Resultados

Las escalas utilizadas en el presente estudio muestran una consistencia interna adecuada, oscilando entre $\alpha = .69$ y $\alpha = .85$ (véase *Tabla 1*).

Los resultados de los análisis descriptivos indican que un 40.9% de los universitarios llevaban a cabo una práctica de actividad física elevada, un 36.6% de ellos mostraron realizar una práctica moderada y solo un 14% de los universitarios informaba tener una práctica de actividad física baja.

En la *Tabla 1* podemos observar los niveles de bienestar y malestar informados por los estudiantes universitarios del presente estudio. Centrándonos en los indicadores de bienestar observamos que los universitarios presentaban valores por encima de la media del cuestionario en todas las variables estudiadas: afecto positivo (rango 1-5; $M = 3.50 \pm .58$), autoestima (rango 1-5; $M = 3.75 \pm .71$) y satisfacción con la vida (rango 1-7; $M = 4.96 \pm 1.12$). En general, los indicadores de malestar informados por los jóvenes también presentaban puntuaciones por encima de la media de los cuestionarios, exceptuando los síntomas somáticos: afectos negativos (rango 1-5; $M = 2.60 \pm .68$), depresión (rango 1-5; $M = 2.74 \pm .90$), estrés percibido (rango 1-5; $M = 2.84 \pm .51$), síntomas somáticos (rango 1-5; $M = 2.13 \pm .91$) y síntomas psicológicos (rango 1-5; $M = 2.49 \pm 1.00$).

Tabla 1. Resultados descriptivos del estudio e índices de consistencia interna

Variable	Rango	M	DT	α
Afectos positivos	1-5	3.50	.58	.77
Autoestima	1-5	3.75	.71	.84
Satisfacción vida	1-7	4.96	1.12	.85
Afectos negativos	1-5	2.60	.68	.81
Depresión	1-5	2.74	.90	.74
Estrés	1-5	2.84	.51	.80
Síntomas somáticos	1-5	2.13	.91	.69
Síntomas psicológicos	1-5	2.49	1.00	.75

En cuanto a la relación entre las variables del estudio, los resultados de las correlaciones mostraron que la práctica de actividad física se relacionaba positiva y significativamente con los afectos positivos ($r = .21$; $p = .000$) y la autoestima ($r = .11$; $p = .042$), mientras que su relación con la satisfacción con la vida resultó ser no significativa ($r = .08$; $p = .133$). Por otro lado, la actividad física se relacionó negativa y significativamente con el estrés ($r = -.165$; $p = .002$), la depresión ($r = -.11$; $p = .040$) y los síntomas somáticos ($r = -.11$; $p = .030$). Los resultados indicaron que la práctica de actividad física que realizaban los universitarios no presentaba una relación significativa ni con los afectos negativos ($r = -.102$; $p = .052$) ni con los síntomas psicológicos ($r = -.10$; $p = .061$).

Tabla 2. Correlaciones entre las variables del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Actividad física	1							
2. Afecto positivo	.21**	1						
3. Autoestima	.11**.11**	.45**	1					
4. Satisfacción con la vida	.08	.49**	.45**	1				
5. Afecto negativo	-.10	-.48**	-.14**	-.33**	1			
6. Depresión	-.11**	-.51**	-.27**	-.43**	.59**	1		
7. Estrés	-.17**	-.61**	-.42**	-.57**	.60**	.61**	1	
8. Síntomas somáticos	-.11**	-.32**	-.16**	-.30**	.41**	.48**	.47**	1
9. Síntomas psicológicos	-.10	-.42**	-.17**	-.41**	.58**	.69**	.59**	.63**

Nota: r de Pearson. * p < .05; ** p < .01 (bilateral).

Finalmente, los resultados mostraron que los indicadores de bienestar y malestar incluidos en el presente trabajo se relacionaron en la dirección esperada unos con otros y de manera significativa (véase *Tabla 2*). En este sentido todos los indicadores de bienestar estaban relacionados positiva y significativamente unos con otros, los indicadores de malestar se relacionaban de manera positiva y significativamente entre ellos, y los indicadores de bienestar y malestar se relacionaban de manera negativa y significativa entre ellos.

Discusión

En el presente trabajo perseguimos profundizar sobre las experiencias de bienestar y malestar en una muestra de jóvenes estudiantes universitarios que cursaban sus estudios en una universidad española. Siguiendo la dilatada investigación que defiende los correlatos entre la práctica de actividad física y el bienestar en las personas, decidimos incluir también

el estudio de la relación entre ambas variables. En líneas generales observamos cómo nuestros resultados apoyan las investigaciones previas, mostrando resultados que indican que los jóvenes experimentan un alto nivel de bienestar y un nivel de malestar no muy elevado. Además, los resultados obtenidos también apoyan de manera general la relación significativa existente entre la práctica de actividad físico-deportiva y mayor bienestar y menor malestar.

El primer objetivo específico de este trabajo pretendía describir las experiencias de bienestar y malestar de los universitarios que participaron en el estudio. Para ello seleccionamos una serie de variables que han sido previamente estudiadas en el ámbito científico: el afecto positivo, la autoestima, la satisfacción con la vida, el afecto negativo, la depresión, el estrés percibido y los síntomas psicósomáticos. Con relación a los indicadores de bienestar, los participantes objeto de estudio informaron tener experiencias de bienestar relativamente elevadas. Concretamente los resultados mostraron que los universitarios poseían un afecto positivo, una autoestima y una experiencia de satisfacción con la vida con valores por encima de la media de los cuestionarios.

En cuanto a las experiencias de malestar, los resultados también indicaron que los jóvenes de nuestro estudio mostraban unos niveles de malestar con valores ligeramente altos, en prácticamente la totalidad de los indicadores analizados. En este sentido observamos que los universitarios refieren tener unos niveles de afectos negativos, depresión y estrés por encima de la media del cuestionario y, por lo tanto, más elevados de lo deseado. Por otra parte, aunque los niveles de síntomas somáticos y psicológicos no alcanzan las puntuaciones medias del cuestionario sí que presentan puntuaciones muy próximas, entendiendo que experimentan este tipo de molestias con relativa frecuencia. Otros autores también encontraron resultados similares y defendieron que los estudiantes en los que centraron su trabajo presentaban unos niveles adecuados de bienestar psicológico y al mismo tiempo, un nivel de estrés entre moderado y alto (Durand-Bush, McNeill, Harding y Dobransky, 2015). Consideramos tan importante resaltar que efectivamente los alumnos de nuestra muestra presentan unos valores adecuados de bienestar como que su malestar es más elevado de lo deseado. Para interpretar los resultados relativos a las experiencias de malestar es necesario considerar las diferentes situa-

ciones a las que se exponen los alumnos a la largo del curso académico, y entender que los períodos de evaluación, que en muchas ocasiones son percibidos por el alumnado como estresantes, puede promover en ellos estas experiencias de afecto negativo, estrés percibido, sentimientos de depresión e incluso puede desembocar en síntomas somáticos como dolores físicos en diferentes partes del cuerpo o alteraciones psicológicas.

Si nos centramos en el nivel de actividad física realizada por los estudiantes, observamos que la mayor parte de los universitarios participantes en el estudio llevaban a cabo un adecuado nivel de actividad física. Concretamente observamos que el 77.5% de la muestra realizaba actividad físico-deportiva a lo largo de la semana con un nivel que oscilaba entre elevado a moderado. Los resultados obtenidos en este estudio van en la línea de los presentados por otros autores, en los que se resalta que gran parte de los jóvenes de nuestro país llevan a cabo un estilo de vida activo que incluye la implicación con una práctica físico-deportiva de manera regular (Fundación para la Investigación Nutricional, 2016; Ramos, Rivera, Moreno y Jiménez-Iglesias, 2012).

En el segundo objetivo específico del presente estudio analizamos la relación existente entre la práctica de actividad físico-deportiva y los diferentes indicadores de bienestar y malestar en los universitarios. Los resultados obtenidos en el presente trabajo mostraron, en la línea de estudios previos, correlaciones significativas entre la práctica de actividad física y estos indicadores. En concreto, se observó una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y las puntuaciones obtenidas en el afecto positivo y la autoestima de los jóvenes. Diversas investigaciones han mostrado esta relación entre el nivel de bienestar (medido a través del afecto positivo y la autoestima) y la realización de ejercicio (Balaguer et al., 2008; Bangsbo et al., 2016). Del mismo modo, se ha observado una relación negativa entre la práctica de actividad físico-deportiva y el nivel de malestar obtenido a través de las medidas de estrés percibido, depresión y síntomas somáticos. Estudios previos han mostrado estas relaciones con algunos de los indicadores incluidos en este estudio en la misma dirección (González et al., 2015, 2016; Janssen y LeBlanc, 2010; Paluska y Schwenk, 2000; Papaioannou et al., 2013; Redolat et al., 2012; Saxena et al., 2005; Ströhle, 2009). Estos resultados pueden tener especial interés si atendemos al objetivo de promover la salud de las personas, tanto en la

etapa de la adolescencia como en el resto de etapas de la vida, de modo que se promuevan estrategias efectivas que incrementen la adopción de hábitos de vida saludables.

El estudio realizado en el presente trabajo pone el énfasis en la relación entre la práctica de ejercicio físico con las experiencias de bienestar y malestar en jóvenes universitarios. Entre las principales limitaciones del mismo se encontraría, en primer lugar, que la obtención de datos se haya realizado en una muestra de estudiantes universitarios, algunos de ellos pertenecientes a estudios relacionados con la rama de salud. Esta cuestión puede sesgar los resultados obtenidos en base a las características propias de los sujetos en base a su nivel de estudios y el área en la que se enmarcan, ya que esto puede influir de manera positiva en el grado de ejercicio físico realizado. Futuros estudios deberían incluir una muestra perteneciente a otras condiciones o tipos de estudios, o bien jóvenes no estudiantes que permitieran explorar en profundidad esta cuestión en una población que incluya más características diferenciales. La obtención de datos únicamente a través de cuestionarios podría constituir la segunda limitación del estudio. La obtención de información relativa a la práctica de ejercicio físico a través de medidas objetivas como podómetros o acelerómetros podría mejorar la calidad de la información, aportando datos más exactos. Del mismo modo, la obtención de medidas neurobiológicas relacionadas con los niveles de bienestar y malestar, como puede ser el nivel de cortisol o medidas neurofisiológicas podrían enriquecer considerablemente los datos de los estudios realizados. La combinación de datos objetivos y subjetivos obtenidos a través de medidas neurobiológicas y cuestionarios psicológicos permite realizar estudios más completos y precisos que permiten la obtención de conclusiones más relevantes. En futuros estudios se tendrán en cuenta estas limitaciones y se tratará de añadir nuevas variables de medición.

Para finalizar, resulta relevante el análisis de las posibles implicaciones que puede tener la realización de este tipo de estudios. La adolescencia y juventud son etapas de la vida en la que la adquisición de hábitos de vida saludables adquiere una especial importancia. La investigación científica demuestra que la promoción de la salud debe iniciarse en las etapas más tempranas de modo que conlleve la adquisición de hábitos de vida saludables que se mantengan a lo largo de todo el ciclo vital. Entre estos hábitos,

es imprescindible destacar la importancia de la realización de actividad física, que ha mostrado numerosos beneficios a nivel físico y psicológico. En una sociedad envejecida y en la que los cambios sociodemográficos son evidentes, la prevención basada en la promoción de la salud cobra especial relevancia. La práctica de ejercicio físico asociada a experiencias de bienestar y salud física y psicológica permite el planteamiento de programas de prevención que fomenten este tipo de estrategias desde diferentes ámbitos sociales y educativos.

Agradecimientos

El presente estudio ha sido financiado por la Universidad Europea de Madrid (Ref. 2016UEM03).

Referencias

Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Universitas Tarraconenses*, 22, 29–42.

Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes". *Psicothema*, 12(1984), 314–319.

Balaguer, I. (Ed.). (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.

Balaguer, I. (2013). La investigación sobre el clima motivacional ha abierto el camino para la promoción del bienestar a través de la participación deportiva. *Revista de La Federación Española de Medicina Del Deporte Y de La Confederación Iberoamericana de Medicina Del Deporte*, 30(6), 338–340.

Balaguer, I., Castillo, I., y Duda, J. L. (2008). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición: un análisis de la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología Del Deporte*, 17(1), 123–139.

Balaguer, I., Castillo, I. y Pastor, Y. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 5–26). Valencia: Promolibro.

Balaguer, I. y García-Merita, M. (1994). Exercici físic i benestar psicològic. *Anuari de Psicologia*, 1, 3–26.

Bangsbo, J., Krstrup, P., Duda, J., Hillman, C., Andersen, L. B., Weiss, M. y Elbe, A. M. (2016). The Copenhagen Consensus Conference 2016: children, youth, and physical activity in schools and during leisure time. *British Journal of Sports Medicine*, 50(19), 1177–1178. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096325>

Carpenter, J., Andrykowski, M., Wilson, J., Hall, L., Rayens, M. K., Sachs, B. y Cunningham, L. (2009). Psychometrics for two short forms of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 481–494.

Cohen, S., Karmarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385–396.

Cozzo, G. y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, vol 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.5872/psiencia/8.1.21>.

Crawford, J. R. y Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245–265.

Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>.

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being, 95(3), 542–575.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. L. A.-E. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.

Durand-Bush, N., McNeill, K., Harding, M. y Dobransky, J. (2015). Investigating Stress, Psychological Well-Being, Mental Health Functioning, and Self-Regulation Capacity Among University Undergraduate Students: Is is Population Optimally Functioning?. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(3), 253–274.

Faude, O., Kerper, O., Mulhaupt, M., Winter, C., Beziel, K., Junge, A. y Meyer, T. (2010). Football to tackle overweight in children. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 103–110. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.01087.x>

Fenton, S. A. M., Duda, J. L., Quested, E. y Barret, T. (2014). Coach autonomy support predicts autonomous motivation and daily moderate-to-vigorous physical activity and sedentary time in youth sport participants. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(5), 453–463.

Fundación para la Investigación Nutricional. (2016). *Informe 2016: Actividad Física en niños y adolescentes en España*. Retrieved from <http://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/spain-report-card-long-form-2016.pdf>

García Merita, M., Tomás Dols, S., González García, L., Castillo Fernández, I., Mars Aicart, L. y Balaguer Solá, I. (2012). Estudio descriptivo longitudinal sobre el consumo de sustancias en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*. Retrieved from http://www.aesed.com/descargas/revistas/v37n1_4.pdf

González, L., Castillo, I., García-Merita, M. y Balaguer, I. (2015). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades psicológicas y bienestar: Invarianza de un modelo estructural en futbolistas y bailarines. *Revista de Psicología Del Deporte*, 24(1), 121–129.

González, L., García-Merita, M., Castillo, I. y Balaguer, I. (2016). Coach behaviors and its implications on athletes' well- and ill-being: testing the invariance over time of basic psychological needs theory. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 30(4), 1147–1154.

González García, L. y Mesa-Gresa, P. (2018). Relación entre la motivación, la práctica de actividad física y las experiencias de bienestar y malestar en estudiantes universitarios. *Calidad de Vida y Salud*. En prensa.

González, L., Jauni, T., Mars, L., Galilea, B., Castillo, I. y Balaguer, I. (2012). Estilos de interacción del entrenador, motivación autodeterminada y afectos en futbolistas infantiles. *XIII Congreso Nacional y I Foro Mediterráneo de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Murcia, Spain.

Hagströmer, M., Oja, P. y Sjöström, M. (2005). The international physical activity questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*, 9(6), 755–762.

Janssen, I. y LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), 1–16.

Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (1999). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

Kjønniksen, L., Torsheim, T. y Wold, B. (2008). Tracking of leisure-time physical activity during adolescence and young adulthood: A 10-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-69>.

Lee, W. y Oguzoglu, U. (2007). *Well-Being and Ill-Being: A Bivariate Panel Data Analysis*.

Li, H. C. W., Chung, O. K. J. y Ho, K. Y. (2010). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children: Psychometric testing of the Chinese version. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2582–2591. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05440.x>

Mang, R. (2013). Physical Activity and Well-being: A Review of the Health Benefits of

Physical Activity on Health Outcomes. *Journal of Applied Medical Sciences*, 2(2), 69–78.

Mars, L., Castillo, I., López-Walle, J. y Balaguer, I. (2016). Estilo controlador del entrenador, frustración de las necesidades y malestar en futbolistas. *Revista de Psicología Del Deporte*, 26(2), 119–124.

Marsh, H. W., Parker, J. y Barnes, J. (1985). Multi-dimensional adolescent self-concepts: their relationship to age, sex and academic measures. *American Educational Research Journal*, 22, 422–444.

Mesa-Gresa, P., Ramos-Campos, M. y Redolat, R. (2013). Enriched environments for rodents and their interaction with nicotine administration. *Current Drugs Abuse Reviews*, 6(3), 191–200. <https://doi.org/CDAR-59921> [pii]

Owen, K. B., Smith, J., Lubans, D. R., Ng, J. Y. y Lonsdale, C. (2014). Análisis de clúster de la actividad física y las conductas sedentarias de los adolescentes españoles, correlación con la salud biopsicosocia. *Preventive Medicine*, 67, 270–279.

Paluska, S. A. y Schwenk, T. L. (2000). Physical Activity and Mental Health: Current concepts. *Sports Medicine*, 3(3), 167–180.

Papaioannou, A. G., Appleton, P. R., Torregrosa, M., Jowett, G. E., Bosselet, G., Gonzalez, L. y Zourbanos, N. (2013). Moderate-to-vigorous physical activity and personal well-being in European youth soccer players: Invariance of physical activity, global self-esteem and vitality across five countries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 351–364. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2013.830429>.

Ramos, P., Rivera, F., Moreno, C. y Jiménez-Iglesias, A. (2012). Análisis de clúster de la actividad física y las conductas sedentarias de los adolescentes españoles, correlación con la salud biopsicosocia. *Revista de Psicología Del Deporte*, 21(1), 99–106.

Redolat, R. y Mesa-Gresa, P. (2015). Brain Health as a Key Concept in the Development of Strategies for Delaying Age-Related Cognitive Decline and Alzheimer's Disease. *Journal of Parkinson's Disease & Alzheimer's Disease*, 2(2), 1–4.

Redolat, R., Mesa-Gresa, P. y Ramos-Campos, M. (2012). ¿Qué factores del estilo de vida activo explican mejor sus posibles beneficios sobre el envejecimiento cognitivo? Propuestas de intervención. *Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional: Claves para un envejecimiento activo* (pp. 1–14). UNED.

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86–93.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.

Ryan, R. M. y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529–565. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.00033.x>.

Ryan, R. M., Huta, V. y Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139–170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>.

Ryff, C. D. y Singer, B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 14(5), 445–451.

Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K. C. y Armstrong, T. P. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445–451. <https://doi.org/10.1080/09638230500270776>.

Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777–784. <https://doi.org/10.1007/s00702-008-0092-x>.

Vink, K., Raudsepp, L. y Kais, K. (2015). Intrinsic motivation and individual deliberate practice are reciprocally related: Evidence from a longitudinal study of adolescent team sport athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 16(3), 1–6.

Waterman, A. S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.

Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.

WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. New York.

WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1080/11026480410034349>.

WHO. (2012). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*.

WHO Europe. (2011). *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis*.

Wold, B. (1995). *Health-Behaviour in school-children: A WHO cross-national survey*, Bergen.

Variables influyentes en la práctica físico-deportiva extraescolar de los adolescentes

(Influentian variables in the out-of-school physical practice of sports for adolescents)

Por María Huertas González-Serrano³¹, Paloma Escamilla Fajardo³² y Rómulo Jacobo González-García³³

Resumen

Numerosos estudios señalan que la adolescencia es una de las etapas en la que mayor descenso de la práctica físico-deportiva se produce, a la vez que es una de las más influyentes en la adquisición de hábitos de estilos de vida activos que perduren a lo largo de toda la vida. Por lo tanto, el presente estudio tiene por objetivo conocer las variables que predicen la práctica físico-deportiva extraescolar de los estudiantes de secundaria.

Se utilizó como instrumento de recopilación de información un cuestionario estructurado. La muestra del estudio está conformada por 256 estudiantes de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria y de los dos cursos de Bachillerato de un colegio concertado de la ciudad Valencia.

Se obtuvo un modelo que ayuda a explicar el perfil de adolescentes que practican actividad física de manera extraescolar ($\chi^2 = 0.000$). Los datos muestran que este modelo era capaz de predecir correctamente el 83.50%

³¹Estudiante de Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universitat de València. Avda. Gascó Oliag, 3. 46010. Valencia. Contacto: magonse2@alumni.es.

³²Estudiante de Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universitat de València. Avda. Gascó Oliag, 3. 46010. Valencia. Contacto: paesfa@alumni.es.

³³Estudiante de Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universitat de València. Avda. Gascó Oliag, 3. 46010. Valencia. Contacto: rojagon@alumni.es.

de los casos, con una alta especificidad (97.50%) y una sensibilidad baja (22.20%). Las variables predictoras resultaron ser la práctica físico-deportiva de las madres de los estudiantes de secundaria, el auto-concepto físico de los estudiantes y el gusto por la Educación Física.

El profesor juega un rol principal en el fomento de la práctica físico-deportiva de sus alumnos y debería de fomentar el auto-concepto físico durante sus clases a través de actividades que generen diversión y disfrute en los alumnos (gusto por la EF). Además, se deberían de realizar jornadas o actividades en la que se integrasen a las familias, para fomentar la práctica físico-deportiva de los familiares, especialmente la de la madre.

Palabras clave: Adolescencia; Práctica físico-deportiva extraescolar; Auto-concepto físico; Autoconcepto físico; Práctica físico-deportiva familiares.

Abstract

Numerous studies indicate that adolescence is one of the stages in which the greatest decline in physical and sports practice occurs, while at the same time being one of the most influential in the acquisition of active lifestyle habits that last throughout life. Therefore, the aim of this study is to understand the variables that predict the out-of-school physical activity practice of secondary school students.

A structured questionnaire was used as a data collection tool. The study sample is made up of 256 students from 3rd and 4th year of Compulsory Secondary Education and from the two Baccalaureate courses of a private school in the city of Valencia.

A model was obtained that helps to explain the profile of adolescents who practice physical activity out-of-school physical activity practice ($\chi^2 = 0.000$). The data show that this model was able to correctly predict 83.50% of cases, with high specificity (97.50%) and low sensitivity (22.20%). The predictor variables were the physical-sports practice of the mothers of the high school students, the physical self-concept of the students and the taste for physical education.

The teacher plays a major role in promoting the physical and sports practice of his students and should encourage physical self-concept during their classes through activities that generate fun and enjoyment in the students (taste for

the EF). In addition, there should be days or activities in which the families are integrated, to promote the physical and sports practice of the relatives, especially the mother.

Keywords: Adolescence; Out-of-school physical-sports practice; Physical self-concept; Physical self-concept; Family physical-sports practice.

Introducción

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2013), la tasa de obesidad infantil en niños/as de 2 a 17 años se mantiene relativamente estable desde 1987, padeciendo obesidad o sobrepeso un 27,8% de esta población. Es decir, uno de cada diez niños tiene obesidad y dos sobrepeso, siendo dichos índices similares en ambos sexos. Esto es especialmente preocupante porque los sectores más jóvenes de la población, niños y adolescentes, se encuentran en una etapa fundamental para la adquisición de hábitos de vida activos y saludables que perduren a lo largo de toda su vida (Cavill, Biddle y Sallis, 2001).

Además, dada la evidencia de que la actividad física puede ser utilizada como elemento preventivo de patologías, así como favorecedor del desarrollo madurativo armónico de los jóvenes, se precisan políticas educativas y deportivas que incidan de una manera eficaz en los factores que llevan a los jóvenes a la práctica de actividad físico-deportiva (Pérez-Soto, 2015), ya que la actividad física está recomendada en todas las edades, pero es en la infancia y en la adolescencia donde juega un papel fundamental a la hora de adquirir hábitos y actitudes positivas que continúen en las edades posteriores (Serra, 2008). En esta misma línea, diversos autores señalan que los años de escolarización representan un periodo crítico en el desarrollo de hábitos de práctica físico-deportiva y su posterior traslado a la vida adulta (Maulini, Ramos y Miatto, 2013; García-Calvo, Sánchez-Miguel, Leo, Sánchez-Oliva y Amado, 2012).

Sin embargo, pese a que uno de los objetivos más importantes de la Educación Física, de las políticas deportivas y de las autoridades públicas es promover la actividad física para toda la vida, todavía se conoce relativamente poco sobre la estabilidad o seguimiento de la actividad física

practicada después de la educación escolar obligatoria, y algunos estudios señalan que dicha tendencia es involutiva (Vilchez, 2013). Por ello, resulta necesario incidir durante la etapa educativa en los motivos de práctica de los estudiantes con el objeto de propiciar adherencia hacia la actividad física y que ésta se transfiera a la etapa post-educativa, siendo de vital importancia detectar entre los jóvenes los factores que predisponen a la práctica de actividad física con el objetivo de incidir en ellos para instaurar el hábito de práctica continuada a lo largo de sus vidas.

En esta misma línea, algunos autores sugieren que la promoción de conductas saludables durante el periodo de la infancia y la adolescencia se considera un objetivo primordial de salud pública, ya que este segmento de población se halla en una etapa fundamental para la adquisición así como consolidación de un estilo de vida activo y saludable (Boreman y Riddoch, 2001). Sin embargo, según Uijtdewilligen, Nauta, Singh, van Mechelen, Twisk, van der Horst y Chinapaw (2011), en una revisión bibliográfica sobre los determinantes de la actividad física y el sedentarismo en niños y adolescentes, encontraron que estos estudios eran insuficiente para establecer factores determinantes concluyentes.

Gálvez (2004) llegó a constatar que en los adolescentes, una adecuada motivación del profesor en las clases de Educación Física favorecía el incremento de la actividad física realizada de manera habitual entre las adolescentes. En esta misma línea, en un estudio realizado por Díaz (2007) con adolescentes murcianos, se consideró necesaria una adaptación del plan de estudios del profesorado tanto de primaria como de secundaria en el área de EF, en la que tanto el deporte, como las actividades de ocio y recreación, jugasen un papel fundamental. De manera similar, Ramos, Ponce de León y Sanz (2010), tras analizar a 1978 adolescentes riojanos de ESO y a los agentes educativos más cercanos a los mismos, destacaron que los profesores son percibidos, según estos últimos, como condicionantes prioritarios del ocio físico-deportivo de adolescentes y jóvenes. Además, constataron la consideración positiva de 58 los estudiantes hacia los profesores de EF como agentes facilitadores del interés por un ocio físico-deportivo activo.

Según Maulini et al. (2013) en un estudio realizado en Italia con maestros de Educación Física sobre la percepción de la relevancia que tiene la Educación Física en la adquisición de un hábito físico-deportivo entre los es-

colares, éstos consideraron ésta como un instrumento fundamental para el desarrollo de un estilo de vida físicamente activos entre los escolares, capaz de favorecer el bienestar integral de la persona. El simple hecho de disfrutar o sentir placer por la práctica de actividad físico-deportiva, es lo que determina la motivación intrínseca para practicarla. Este aspecto resulta muy importante y parece ser el motivo más fuerte, ya que determina la práctica en un futuro así como la consecución de un estilo de vida activo fuera de las horas lectivas (Kalaja, Jaakkola, Liukkonen y Watt, 2010).

Es por ello que el profesor tiene una gran influencia en el resultado del aprendizaje y la actitud de sus alumnos hacia la práctica físico-deportiva, ya que los sentimientos positivos de los alumnos durante las clases de EF, el progreso y disfrute de éstos, son el resultado de la personalidad así como el comportamiento de los profesores de EF (Gutiérrez, Pilsa y Torres, 2007). El simple hecho de disfrutar o sentir placer por la práctica de actividad físico-deportiva, es lo que determina la motivación intrínseca para practicarla. Este aspecto resulta muy importante y parece ser el motivo más fuerte, ya que determina la práctica en un futuro así como la consecución de un estilo de vida activo fuera de las horas lectivas (Kalaja et al., 2010).

Por otra parte, la práctica físico-deportiva de los adolescentes también se encuentra ligada a los estilos de vida de su grupo social de referencia así como a las características del ambiente que rodea a la persona (Gargallo, 2015). Esta misma autora señala que los jóvenes imitan y refuerzan sus acciones alrededor de tres contextos sociales de influencia: la familia, el grupo de iguales y la escuela. En otro estudio realizado por Serra (2008) con adolescentes españoles sobre los factores que influyen en la práctica físico-deportiva de los éstos, los resultados mostraron que los adultos influenciaban la práctica de los participantes de menor edad, y que a medida que avanzaba la edad pasaba a ser el grupo de amigos el factor más influyente, siendo las madres y los amigos los significativos más influyentes para la práctica. Según García-Ferrando (2006), la variable que mejor predice la práctica de actividad física y deportiva es que los padres sean físicamente activos. En esta misma línea Weiss (2000) señala que tanto el inicio como el mantenimiento de la práctica físico-deportiva se encuentran influenciados por la participación de manera activa de los padres, pero también por las interacciones sociales que el sujeto establece con su familia.

Por otro lado las relaciones entre el autoconcepto físico y la actividad física han sido objeto de estudio desde hace ya algunas décadas (Zulai-ka, 1999), habiendo demostrado diversos estudios en las últimas décadas, relaciones directas del autoconcepto físico con la práctica físico-deportiva (Cumming et al., 2011; Simmons y Childer, 2013). Algunos autores, como es el caso de Sabiston y Crocker (2008), señalan que el autoconcepto físico se considera un factor determinante así como el resultado de la actividad física, y que con un autoconcepto físico positivo se predice una mayor implicación en la práctica físico-deportiva de intensidad moderada-vigorosa, y además que la actividad física genera un autoconcepto más positivo. La competencia física percibida, la habilidad percibida y consiguientemente el autoconcepto están relacionados con la continuidad de la práctica físico deportiva en la vida adulta y con la motivación que se presentará para el aprendizaje de esa actividad o deporte (Moreno, Martínez y Alonso, 2006; Reigal et al., 2013)

Es por lo tanto que el objetivo principal de nuestro estudio es conocer si la práctica físico deportiva de los padres, madres y hermanos, el autoconcepto físico, el gusto por la Educación Física y los intereses y actitudes hacia la EF, predicen la práctica físico-deportiva extraescolar de los estudiantes de la ESO y de Bachillerato. De esta manera se podrían realizar políticas educativas para promover a través de las clases de EF dichas variables y conseguir su objetivo principal: la adherencia a la práctica físico-deportiva.

Método

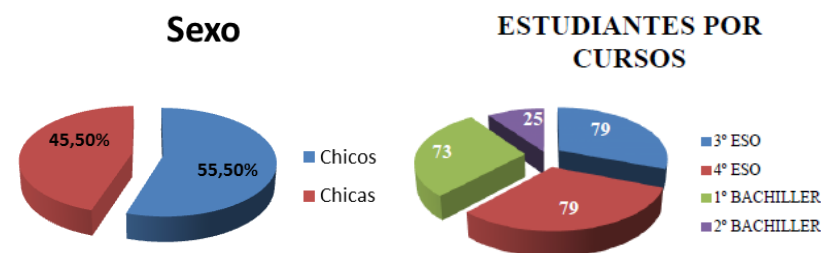
Participantes

La población objeto de este estudio son los estudiantes de segundo ciclo de la ESO y de Bachillerato de un colegio situado en la provincia de Valencia. La muestra está compuesta por 256 estudiantes que se encontraban matriculados y realizando sus estudios en un colegio concertado de la ciudad de Valencia durante el curso académico 2015-2016. La edad media de los estudiantes que forman parte de esta muestra es de 15.64 años (DT= ± 1.12), siendo el 55.50% de los estudiantes chicos y el 45.50%

chicas. En cuanto al análisis de la muestra según los cursos, de los 256 estudiantes que conforman la muestra, 79 (30.9%) eran estudiantes de 3º de la ESO, 79 (30.9%) eran estudiantes de 4º de la ESO, 73 (28.5%) eran estudiantes de 1º de Bachillerato y 25 (9.8%) eran estudiantes de 2º de Bachillerato, en la cual la asignatura de Educación Física es optativa.

Figura 1. Sexo y curso de los alumnos que componen la muestra

Variables e Instrumentos



Para la recogida de información se creó un cuestionario compuesto por diferentes escalas, las cuales se explican a continuación:

Para medir el autoconcepto físico se ha utilizado una escala en versión reducida, concretamente el *Cuestionario del Autoconcepto (CAF)*, concretamente el *Cuestionario del Autoconcepto Físico-Abreviado (CAF-A)* extraída de Rodríguez-Fernández, Axpe y Goñi (2015), los cuales validaron las propiedades psicométricas de esta versión en español con adolescentes. Esta escala consta de ocho ítems que miden cuatro dimensiones del autoconcepto físico: fuerza, atractivo, habilidad y condición.

Esta escala ha sido extraída del *Cuestionario de Intereses y Actitudes hacia la Educación Física* de Moreno, Rodríguez y Gutiérrez (2003). Está compuesta por 10 ítems, cuatro de ellos relacionados con el profesor y su conducta y los seis restantes con aspectos de la asignatura de Educación Física tales como evaluación, material, conocimientos que se imparten y desarrollo de las clases. Para evaluar dichos ítems se utiliza una escala de Likert ascendente, donde 1 significa que el sujeto está totalmente en des-

acuerdo y 7 significa que está totalmente de acuerdo.

Por último cabe mencionar que al principio del cuestionario se han introducido una serie de variables sociodemográficas que se han considerado de interés para el estudio como son: el curso, la edad, el sexo, la práctica extraescolar de deporte o actividad física, la práctica físico deportiva de padre, madre, hermanos/as y amigos y el agrado o desagrado de la Educación Física y la importancia de la Educación Física.

Procedimiento

Se utilizó un muestreo intencional por conveniencia, intentado administrar los cuestionarios al mayor número de alumnos posibles de 3º y 4º de la ESO y Bachillerato de un colegio concertado de la ciudad de Valencia. Se decidió optar por este tipo de estudiantes debido a que son los que se encuentran próximos a finalizar su escolarización obligatoria (3º y 4º de la ESO) o su periodo de escolarización (Bachillerato) en el instituto y con ello la materia de Educación Física.

Para ello, previamente el cuestionario fue enviado a la directora del centro para que ésta lo revisara y diera el consentimiento para poder administrarlo a los alumnos. Una vez que la directora dio su consentimiento e informó a la profesora de EF, los cuestionarios fueron administrados a los alumnos antes de comenzar las clases de Educación Física. En todo momento se informó a los alumnos/as del carácter voluntario para rellenar el cuestionario y se incidió también en el anonimato de los datos.

En cuanto al tiempo de duración requerido para la contestación del cuestionario, éste fue de aproximadamente 10/15 minutos. La recogida de muestra se llevó a cabo durante todo el mes de marzo del presente curso 2015/2016.

Resultados

En primer lugar, se codificaron las variables dicotómicas como 1=Sí y 0=No. A continuación, se procedió a realizar un análisis descriptivo y de frecuencias de la variable dependiente y las variables independientes objeto de este estudio: práctica extraescolar, práctica físico-deportiva de

la madre, del padre y de los hermanos/as, gusto por la Educación Física, auto-concepto físico e intereses y actitudes.

Como se puede observar en la *Tabla 1*, la mayor parte de los alumnos (96.50%) practican actividad física-deportiva de forma extraescolar, y la mayor parte de los padres (62.70%) y hermanos (69%) practican actividad físico-deportiva. Sin embargo, menos de la mitad de la madre de estos estudiantes practican actividad físico deportiva (43.70%), y a la mayor parte de éstos le gusta la EF (92.90%). En relación al auto-concepto físico ($\bar{x} = 3.61$; $DT = 0.76$) y a los intereses y actitudes hacia la EF ($\bar{x} = 3.65$; $DT = 0.77$) estas variables presentaron unas puntuaciones medias.

Tabla 1. Análisis descriptivo y de frecuencias de las variables dependientes y la variable independiente.

Variables	Si (1) %	No (0) %
Práctica extraescolar (VD)	96.50%	3.50%
Práctica padre (VI)	62.70%	37.30%
Práctica madre (VI)	43.70%	56.30%
Práctica hermanos/as (VI)	69%	31%
Gusto EF (VI)	92.90%	7.10%
	\bar{x}	DT
Auto-concepto físico (VI)	3.61	0.76
Intereses y actitudes (VI)	3.65	0.77

A continuación, se procedió a realizar un modelo de regresión logística binaria siendo la variable dependiente la práctica físico-deportiva extraescolar y las demás variables como independientes. Como se muestra en la prueba de ómnibus (Tabla 2), el modelo resultó ser estadísticamente significativo ($p < .05$), por lo tanto, el modelo es capaz de predecir la variable dependiente.

Tabla 2. Prueba ómnibus del modelo.

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo				
		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	41,833	7	,000
	Bloque	41,833	7	,000
	Modelo	41,833	7	,000

Se obtuvo un modelo que ayuda a explicar el perfil de adolescentes que practican actividad física extraescolar ($\chi^2 = 0.000$). Los datos muestran que este modelo era capaz de predecir correctamente el 83.50% de los casos (ver Tabla 3), con una alta especificidad (97.50%) y una sensibilidad baja (22.20%).

Tabla 3. Tabla de clasificación de los resultados de la práctica físico-deportiva.

Tabla de clasificación				
Observado		Pronosticado		
		Práctica físico deportiva extraescolar		Porcentaje correcto (%)
		0	1	
Práctica físico deportiva	0	10	35	22.20
extraescolar	1	5	193	97.50

Atendiendo a las relaciones entre las variables independientes y la variable dependiente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables práctica físico-deportiva de la madre y del hermano, gusto por la educación física y autoconcepto físico ($p = .02$; $p = .04$; $p = .03$; $p = .00$), con una relación positiva entre todas ellas ($\beta = 1.05$, $\beta = 0.79$, $\beta = 1.30$; $\beta = .92$) y la variable dependiente. Las relaciones más fuertes fueron encontradas entre el gusto por la educación física, seguido de la práctica físico deportiva de la madre, del autoconcepto físico y finalmente de la práctica físico-deportiva de los hermanos (Exp (B) = 2.88; Exp (B) = 2.21; Exp (B) = 3.56; Exp (B) = 2.51). A continuación, en la Tabla 5 se muestran los resultados:

Tabla 5. Regresión logística binaria de la práctica físico-deportiva de los adolescentes.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Infer.	Super.
	.108	.399	.073	1	.787	1.114	.509	2.436
Práctica padre	-.083	.393	.044	1	.833	.921	.426	1.990
Práctica madre	1.056	.434	5.931	1	.015	2.876	1.229	6.730
Práctica hermanos/as	.793	.377	4.422	1	.035	2.210	1.055	4.628
Gusto EF	1.270	.599	4.495	1	.034	3.562	1.101	11.524
Autoconcepto físico	.922	.285	10.454	1	.001	2.513	1.437	4.393
Intereses y actitudes	.022	.253	.007	1	.931	1.022	.623	1.678
Constante	-3.767	1.322	8.115	1	.004	.023		

Una vez presentados los resultados del modelo, en el siguiente apartado se presenta la discusión de éstos.

Discusión

Hoy en día, uno de los objetivos más importantes para los profesionales del ámbito deportivo es ser capaz de maximizar la adherencia de los adolescentes a la práctica de actividad física o deporte (Moreno-Murcia, Huéscar y Cervelló, 2012). Sin embargo, que los alumnos/as conozcan los efectos beneficiosos que posee la práctica de actividad física para la salud, no necesariamente hace que tengan dichos comportamientos (Pieron y Ruiz-Juan, 2010), por lo que resulta de gran importancia conocer las variables de la Educación Física que influyen en que los adolescentes practiquen físico-deportiva una vez finalicen su periodo de escolarización obligatoria.

Weiss (2000) señala que tanto el inicio como el mantenimiento de la práctica físico-deportiva se encuentran influenciados por la participación de manera activa de los padres, pero también por las interacciones sociales que el sujeto establece con su familia. Estos resultados también se encuentran en congruencia con los obtenidos por García-Ferrando (2006), quien señala que la variable que mejor predice la práctica de actividad física y deportiva es que los padres sean físicamente activos. Estos resultados se encuentran en congruencia con los encontrados en nuestro estudio, en los que la práctica físico-deportiva de la madre resultó ser una variable predictora de la práctica extraescolar de los adolescentes. Por lo tanto, tal y como sugieren Díez y Guisasola (2002), es necesario que los padres tomen consciencia de la influencia que ellos tienen en la transmisión de estilos de vida activos, y por consiguiente, en la participación de sus hijos en la práctica de actividad física y deportiva.

En cuanto al autoconcepto físico, Sabiston et al. (2008) señalan que se considera un factor determinante así como el resultado de la actividad física. Según Cumming et al. (2011) en un estudio realizado con adolescentes, el autoconcepto físico es un buen predictor de la práctica físico-deportiva. Los resultados de nuestro estudio, también corroboran lo expuesto por los estudios anteriormente mencionados, siendo otra de las variables influyente en la práctica físico deportivo extraescolar de los adolescentes.

En cuanto al gusto por la EF resultó ser la variable más influyente de la práctica físico-deportiva extraescolar de los adolescentes. Estos resultados

son congruentes con los de Weiss (2000), quien señala que facilitar a los niños experiencias de disfrute es una poderosa estrategia para aumentar los niveles de actividad física en la juventud, su actitud sobre el valor del ejercicio y el por lo tanto su salud a largo plazo. En esta misma línea (Kala-ja et al., 2010) señalan que el hecho de disfrutar o sentir placer durante la práctica de actividad físico-deportiva es lo que determina la motivación intrínseca, y este es el motivo más fuerte que determinará la práctica en un futuro y con ello la consecución de un estilo de vida activo. Esto pone de manifiesto la relevancia del disfrute y la diversión en las clases de EF en el fomento de la práctica físico deportiva de los alumnos, por lo que los profesores se deberían esforzar no tanto por la mejora de aspectos técnicos o de condición física, ya que resulta muy difícil debido al escaso número de horas de esta materia, sino por conseguir que los alumnos disfruten durante las clases, pudiendo convertirse ésta en una herramienta poderosa y efectiva en el fomento de la práctica físico deportiva fuera del horario escolar.

Para finalizar, cabe destacar que la materia de EF es una materia específica, siendo las horas lectivas de ésta escasas, por lo que resulta muy difícil conseguir su principal objetivo, la adherencia a la práctica físico-deportiva y la creación de hábitos de vida activos que perduren a lo largo de la vida. Es por ello que resulta de gran importancia conocer las variables que influyen en dicha práctica, para conseguir alcanzar este objetivo de una forma eficaz. Según los resultados obtenidos en el presente estudio, el profesor juega un rol principal en el fomento de la práctica físico deportiva de sus alumnos y debería de fomentar el autoconcepto físico durante sus clases a través de actividades que generen diversión y disfrute en los alumnos (gusto por la EF). Además, se deberían de realizar jornadas o actividades en la que se integrasen a las familias, para fomentar la práctica físico-deportiva de los familiares, especialmente la de la madre.

Por último y para finalizar, cabe resaltar que los resultados obtenidos en el presente trabajo son de una población específica (estudiantes de 3º de la ESO a 2º de Bachillerato de un colegio concertado de la ciudad de Valencia), por lo que los resultados obtenidos no son generalizables a toda la población de estudiantes de la ESO y Bachillerato. Por lo tanto, en futuros estudios se debería de ampliar la muestra con estudiantes de otros centros de educación secundaria para ver si los resultados se replican.

Referencias bibliográficas

Boreham, C. y Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19, 915-929. doi:10.1080/026404101317108426.

Cavill, N., Biddle, S. y Sallis, J. F. (2001). Health enhancing physical activity for young people: statement of consensus of the United Kingdom expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science*, 13, 20-25.

Cumming, S. P., Standage, M., Loney, T., Gammon, C., Neville, H., Sherar, L. B. y Malina, R. M. (2011). The mediating role of physical self-concept on relations between biological maturity status and physical activity in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 34(3), 465-473. doi:10.1016/j.adolescence.2010.06.006.

Díaz, A. (2007). La Educación Física y el Deporte Escolar en la Región de Murcia. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 11, 26-32.

Díez, C. y Guisasola, R. (2002). Estudio de las causas del abandono de la práctica deportiva en los jóvenes de doce a dieciocho años y propuestas de intervención. Proyecto ITXASO. San Sebastián, España: Diputación Foral de Guipúzcoa. Recuperado de <http://www.kirolarte.net/adminkirolarte/material/INFORMERESUMENITXASOcastellano.pdf>

Gálvez, A. (2004). *Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad físico-deportiva* (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, España.

García-Calvo, T., Sánchez-Miguel, P. A., Leo, F. M., Sánchez-Oliva, D. y Amado, D. (2012). Análisis del grado de diversión e intención de persistencia en jóvenes deportistas desde la perspectiva de la teoría de la autoterminación. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 7-13.

García-Ferrando, M. (2006). Veinticinco años de análisis del comporta-

miento deportivo de la población española (1980-2005). *Revista Internacional de Sociología*, 44, 15-38. doi:10.3989/ris.2006.i44.26

Gargallo, E. (2015). *Predictores de la actividad física en estudiantes de secundaria obligatoria de La Rioja. Perspectiva de género* (Tesis Doctoral). Universidad de La Rioja, España.

Gutiérrez, M., Pilsa, C. y Torres, E. (2007). Perfil de la educación física y sus profesores desde el punto de vista de los alumnos. *International Journal of Sport Science*, 3, 39-52. doi:10.5232/ricyde2007.00804

Inglés, C. I., Torregrosa, M. S., García-Fernández, J. M., Martínez-Monteagudo, M. C., Estévez, E. y Delgado, B. (2014). Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), 29-40.

Kalaja, S., Jaakkola, T., Liukkonen, J. y Watt, A. (2010). Fundamental movement skills and motivational factors influencing engagement in physical activity. *Perceptual and Motor Skills*, 111(1), 115-128. doi:10.2466/06.10.25.PMS.111.4.115-128

Maulini, C., Ramos, R., y Miatto, E. (2013). La Educación Física y el hábito físico-deportivo. Percepción de una realidad incierta en el panorama italiano. *Revista Internacional de Ciencias Sociales de la Actividad Física el Juego y el Deporte*, 4(4), 13-28.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2013). Estudio ALADINO. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España. Estrategia NAOS, Madrid, España.

Moreno, J. A., Martínez, C. y Alonso, N. (2006). Actitudes hacia la práctica físico deportiva según el sexo del practicante. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 2(3), 20-43. doi:10.5232/ricyde2006.00302

Moreno-Murcia, J. A., Huéscar, E. y Cervelló, E. (2012). Prediction of

adolescents doing physical activity after completing secondary education. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(01), 90-100. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37288

Pérez Soto, J. J. (2015). *Factores predictores de práctica de actividad física extraescolar en escolares de 11 y 12 años de la Región de Murcia* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España. Recuperado a partir de <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/46928>

Pierón, M. y Ruiz-Juan, F. (2010). *Actividad físico-deportiva y salud. Análisis de los determinantes de la práctica en alumnos de Enseñanza Secundaria*. Madrid, España: Consejo Superior de Deportes Subdirección General de Promoción Deportiva y Deporte Paralímpico.

Ramos, R., Ponce de León, A. y Sanz, E. (2010). *El ocio físico deportivo en adolescentes. Análisis y propuestas de intervención*. Logroño, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Rioja.

Reigal, R. E., Videra, A., Martín, I. y Juárez, R. (2013). Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 112(2), 46-51. doi: 10.5672/apunts.2014-0983.es.(2013/2).112.03

Sabiston, C. M., y Crocker, P. R. E. (2008). Exploring self-perceptions and social influences as correlates of adolescent leisure-time physical activity. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(1), 3-22.

Serra, J. R. (2008). *Factores que influyen en la práctica de la actividad física en la población adolescente de la provincia de Huesca* (Tesis Doctoral). Universidad de Zaragoza, España.

Simmons, S. y Childers, K. (2013). Effects of Intercollegiate Athletics and Intramural Participation on Self-Esteem and Physical Self-Description: A Pilot Study. *Recreational Sports Journal*, 37(2), 160-168.

Uijtdewilligen, L., Nauta, J., Singh, A. S., van Mechelen, W., Twisk, J. W., van der Horst, K. y Chinapaw, M. J. (2011). Determinants of physi-

cal activity and sedentary behaviour in young people: a review and quality synthesis of prospective studies. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 896-905. doi:10.1136/bjsports-2011-090197

Vílchez, M. P. (2013). *Relación de la Educación Física con la práctica físico-deportiva de tiempo libre. Línea base de un estudio longitudinal comparativo en Costa Rica, México y España* (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Murcia, España.

Weiss, M. R. (2000). Motivating kids in physical activity. *President's Council on physical fitness and Sports Research Digest*, 10, 3-11.

Zulaika, L. M. (1999). Educación física y mejora del autoconcepto. Revisión de la investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 8, 101-120.

Ventajas y desventajas de algunas medidas de evaluación de las distorsiones perceptivas de las experiencias corporales empleadas en investigación

(Advantages and disadvantages of some perceptual body distortions assessment methods used in research)

Por Sara Fonseca-Baeza³⁴ y Rosa María Baños³⁵

Resumen

La Imagen Corporal (IC) incluye la percepción y representación mental que cada persona tiene de su propio cuerpo, y su alteración está presente en diversos trastornos mentales, especialmente en los trastornos alimentarios, aunque la evidencia indica que también existe insatisfacción con la IC en la población en general, sobre todo en mujeres. Por ello resulta fundamental contar con métodos de evaluación adecuados para evaluar este constructo.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión cualitativa de los métodos de evaluación de la IC más utilizado en la investigación, analizando sus ventajas y limitaciones.

Se revisarán los siguientes instrumentos de evaluación de la IC: Body Image Assessment-Revised (BIA-R; Beebe, 1999), Body Image Assess-

³⁴Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universitat de València, Valencia, España. Dirección de contacto: Avenida de Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España. E-mail: sara.fonseca@uv.es.

³⁵Instituto Polibienestar, Universidad de Valencia, España / CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Carlos III, España.

ment Software (BIAS, Letosa-Porta et al., 2005), Body-Scaled Action (BSA; Guardia et al., 2010) y Computer-Generated Figure Rating Scale (CGFRS; Moussally et al., 2017).

La BIA-R tiene como inconveniente que presenta simultáneamente un número reducido de siluetas dibujadas de pequeño tamaño, pero tiene como ventajas que impide el efecto orden y cuenta con datos normativos. El BIAS tiene como desventaja el tiempo de administración, su ventaja es que presenta figuras en 3D realistas y permite modificar diferentes partes del cuerpo. La BSA tiene como desventaja la imposibilidad de evaluar la insatisfacción corporal, pero es una prueba más ecológica y enmascarada para evaluar la estimación del tamaño corporal. La CGFRS presenta como desventaja la presentación de las siluetas en un continuo, con el consiguiente efecto orden, sin embargo, las figuras son 3D y muy realistas, recorriendo un rango de IMC de 13,77 a 50,23.

Este trabajo muestra las ventajas e inconvenientes de algunas técnicas de evaluación de las distorsiones de la IC para facilitar la selección de la técnica más adecuada en función de las necesidades.

Palabras clave: Imagen Corporal; Revisión Cualitativa; Estimación Del Tamaño Corporal; Insatisfacción Corporal

Abstract

Body Image (BI) includes the perception and mental representation that each person has about his/her own body. An alteration of BI can be found in several mental disorders, especially eating disorders. However, evidence suggests an increasing BI's dissatisfaction in population, especially in women. Due to, it is essential to have adequate evaluation methods.

The objective of this chapter is to perform a qualitative review of the most used BI evaluation methods in research, analyzing its advantages and disadvantages.

The following evaluation BI tools will be analyzed: Body Image Assessment-Revised (BIA-R; Beebe, 1999), Body Image Assessment Software (BIAS, Letosa-Porta et al., 2005), Body-Scaled Action (BSA; Guardia et al., 2010) and Computer-Generated Figure Rating Scale (CGFRS; Moussally et al., 2017).

BIA-R's disadvantages consist on presenting simultaneously a reduced number of small size silhouettes, but their advantages are the elimination of the order effect and the presence of normative data. BIAS's disadvantage is the administration time, while the advantage is its 3D figure presentation and the possibility of modifying several body parts. BSA's main disadvantage is the impossibility of evaluating body dissatisfaction. However it is a more ecological and disguised body size estimation task. CGFRS's disadvantage is the presentation of silhouettes in a continuum, causing an order effect. However the figures are tridimensional and very realistic, with an IMC range from 13.77 to 50.23.

This chapter aims to show the advantages and disadvantages of BI distortions evaluation methods, in order to ease the election of the most adequate task depending on the needs.

Keywords: *Body Image; Qualitative Review; Body Size Estimation; Body Dissatisfaction*

Antecedentes

La Imagen Corporal (IC) incluye la percepción y la representación mental que cada persona tiene de su propio cuerpo, y su alteración está presente en diversos trastornos mentales, siendo un rasgo específico en los trastornos alimentarios (TA) (APA, 2013), especialmente característico de la Anorexia Nerviosa (Cornelissen, Berter, Cairns, Tovée y Cornelissen, 2015; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003), por ello resulta fundamental contar con métodos de evaluación adecuados.

A la hora de seleccionar un método adecuado, ha de tenerse en cuenta que la IC es considerada un concepto multidimensional. Para evaluar la IC se han usado fundamentalmente cuestionarios autoinformados, entre los que destacan el Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987) y el Body Esteem Scale (BES; Franzoi and Shields, 1984). Sin embargo, si queremos ir más allá de las dimensiones afectivas y actitudinales de la IC y evaluar sus dimensiones perceptivas, que aluden al juicio sobre el tamaño, forma y peso corporales en relación con las proporciones reales, hemos de emplear otras técnicas que incluyan la presentación de figuras corpo-

rales, y que podríamos agrupar en dos categorías, las Figure Rating Scale (FRS) y las Técnicas de Distorsión de Video (TDV), siendo las técnicas pertenecientes a estas categorías las más utilizadas para evaluar tanto la categorización como la estimación del tamaño corporal y el cuerpo ideal (Moussally, Grynberg, Goffinet, Simon y Van der Linden, 2017).

El objetivo del presente capítulo es realizar una revisión cualitativa de los métodos de evaluación de la IC más utilizado en la investigación, analizando las ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

Procedimiento

En este trabajo se revisan los siguientes instrumentos de evaluación de la IC: la Body Image Assessment-Revised (BIA-R; Beebe, Holmbeck y Grzeskiewicz 1999), el Body Image Assessment Software (BIAS, Letosa-Porta, Ferrer-García y Gutiérrez-Maldonado, 2005), la Body-Scaled Action (BSA; Guardia, Lafargue, Thomas, Dodin, Cottencion y Luyat, 2010) y la Computer-Generated Figure Rating Scale (CGFRS; Moussally, Grynberg, Goffinet, Simon y Van der Linder, 2017).

Body Image Assessment-Revised (BIA-R) (Beebe et al., 1999)

La BIA-R fue desarrollada por Beebe et al. (1999) para paliar las limitaciones que el instrumento previo, Body Image Assessment (BIA), elaborado por Williamson et al. (1989) presentaba en la evaluación de la distorsión de la IC. Por un lado, la normalización de la BIA se llevó a cabo teniendo en cuenta sólo el peso de los sujetos, en lugar de su IMC, y aunque emplean índices de discrepancia, las normas de interpretación no están publicadas. Por otra parte, las preguntas se refirieron a aspectos cognitivos (cómo piensan que son) y desiderativos (cómo les gustaría ser), dejando de lado los aspectos afectivos (cómo sienten que son), ampliamente relacionados con las patologías alimentarias. Además tiene el inconveniente de que el administrador tenía que mostrar las siluetas una a una.

La BIA-R es un método visual para obtener una estimación global de la IC. A las participantes se les muestra una lámina horizontal de 8,5 x 11 cm, con 9 siluetas de 2,5 cm. Las figuras están representadas en este orden (siendo 1 la más delgada): 7, 2, 6, 4, 1, 9, 5, 3, 8. Esta presentación

impide el efecto del orden. Mientras miran la lámina se les pide que indiquen la evaluación cognitiva de su figura (su tamaño real, la figura que mostraría un espejo), la afectiva (la evaluación emocional de su figura, cómo de grande siente que es) y la ideal (su cuerpo ideal, el tamaño que le gustaría tener). Las puntuaciones directas a estas respuestas son convertidas en puntuaciones T para poder compararlas con los datos normativos para las evaluaciones cognitivas, afectivas y desiderativas, así como para los índices de discrepancia (cognitiva vs. afectiva, cognitiva vs. desiderativa, afectiva vs. desiderativa). La fiabilidad test-retest de dos semanas del BIA-R oscila entre .63 y .79, y también muestran datos de una adecuada validez convergente.

Body Image Assessment Software (BIAS) (Letosa-Porta et al., 2005)

El BIAS fue desarrollado por el grupo de Maldonado, de la Universidad de Barcelona. El objetivo del programa es la evaluación de las distorsiones de la IC y la insatisfacción corporal a través de la presentación, en la pantalla del ordenador, de una figura humana cuyas diferentes partes pueden ser modificadas por el sujeto. El programa está dirigido a la evaluación de la IC e insatisfacción corporal en pacientes con TA, pero puede ser empleada en otros contextos.

En un primer momento se muestra la figura de una mujer con las mismas medidas que la participante y se le pide que modifique algunas partes de su cuerpo. Desde una visión frontal podrá modificar la cabeza, los brazos, el pecho, las caderas, la cintura y las piernas, y desde una visión lateral todas ellas a excepción de los brazos. La primera tarea consiste en modificar la figura para ajustarla lo máximo a la imagen corporal real que tiene de ella misma, mientras que la segunda irá enfocada a crear una figura que represente su cuerpo ideal. Las discrepancias entre su tamaño real y el que ella percibe como real nos indica su distorsión perceptiva, mientras que la discrepancia entre el cuerpo que percibe como real y su cuerpo ideal nos indica su grado de insatisfacción corporal. Este método de evaluación permite ver la distorsión cognitiva de seis partes del cuerpo en el contexto global del cuerpo, desde una perspectiva frontal y lateral, así como evaluar los dos componentes principales de la distorsión de la imagen corporal, la distorsión perceptiva y la insatisfacción corporal. La escala de distorsión

de la imagen corporal presenta una alta consistencia interna ($\alpha = .917$ para toda la muestra, $\alpha = .885$ en población no clínica, y $\alpha = .911$ en TA), al igual que la escala de insatisfacción corporal ($\alpha = .943$ para toda la muestra, $\alpha = .915$ en población no clínica, y $\alpha = .947$ en TA). El instrumento también presenta alta validez de constructo, validez convergente y validez discriminante.

Body-Scaled Action (BSA) (Guardia et al., 2010)

La BSA permite observar la representación corporal en la anticipación de la realización de una acción, en este caso juzgando si una apertura determinada es suficientemente ancha como para pasar a través de ella. Sobre una pared se proyectan 51 aperturas de 2 metros de alto y variando su anchura desde 30 a 80 cm, con 1 cm de diferencia entre ellas. Cada una es presentada 4 veces en orden aleatorio, y la persona ha de contestar si puede o no pasar por ella sin rozar los bordes ni disminuir la velocidad. Teniendo en cuenta el umbral perceptivo que corresponde a la representación mental que tiene la persona sobre su figura, determinado por la apertura en la cual el 50% de las veces la participante indicará que no pasaría y el otro 50% que sí lo haría, la comparación entre población no clínica y población con anorexia nerviosa indica que en pacientes con TA existe una alteración severa en esta escala, situándose su umbral perceptivo muy por encima del real, viéndose agravado por los años de enfermedad y el grado de preocupación y satisfacción corporal. Los resultados obtenidos además permiten sugerir que la sobreestimación del tamaño corporal en anorexia podría deberse a daños en el procesamiento cerebral de las dimensiones corporales en el lóbulo parietal.

Computer-Generated Figure Rating Scale (CGFRS) (Moussally et al., 2017)

La CGFRS fue desarrollada para evaluar la estimación corporal y la insatisfacción corporal. La escala cuenta con un continuo de 27 figuras femeninas generadas por ordenador, con un rango de IMC de 13,77 (infrapeso severo) a 50,23 (obesidad mórbida). Las figuras visten una camiseta interior de tirantes blanca y unas braguitas blancas. Los 27 cuerpos se muestran ordenados de menor a mayor en una pantalla de ordenador y se le pide a la

persona que identifique la figura que más se asemeja a su cuerpo real e ideal, dependiendo de la versión de la CGFRS que empleemos (CGFRS-OB para el cuerpo real y CGFRS-IB para el cuerpo ideal). Con esta información se puede conocer la manera en la que percibe su cuerpo, restando el IMC elegido al IMC real, y si se da una sobreestimación o una infraestimación de su tamaño corporal, al conocer la distancia entre su cuerpo real y su cuerpo percibido. También se evalúa la insatisfacción corporal viendo la diferencia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal. Cuanto mayor sea esa discrepancia, mayor insatisfacción corporal presenta. La escala presenta propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a sensibilidad, fiabilidad y validez de contenido, de constructo y discriminante.

Ventajas y desventajas de los instrumentos de evaluación seleccionados

La BIA-R (Beebe et al., 1999) tiene como inconveniente que presenta simultáneamente un número reducido de siluetas dibujadas con claras diferencias entre ellas en términos de IMC, por ello la elección de la figura puede basarse en la deducción de la respuesta esperada por la persona evaluadora, o verse condicionada por la respuesta que dio previamente. Las siluetas tienen un tamaño muy reducido, 2,5 cm, por lo que los detalles serán difícilmente apreciables para las personas con problemas de visión, y no se indica el IMC que representa cada figura por lo que es imposible determinar la distorsión perceptiva del tamaño corporal con este método.

A pesar de las limitaciones que presenta el material, tiene algunas ventajas que conviene conocer. Por un lado, las siluetas están dibujadas alternando las categorías de clasificación de la OMS, impidiendo el efecto del orden. Por otro, evalúa la parte cognitiva, la afectiva y la desiderativa de su IC, y presenta datos normativos para interpretar estas evaluaciones y las discrepancias entre ellas. Además, tiene buenas propiedades psicométricas respecto a su fiabilidad y validez.

El BIAS (Letosa-Porta et al., 2005) tiene como desventaja que requiere un tiempo de administración mayor, aproximadamente de 15 minutos por participante, y necesita emplear un ordenador para poder ejecutar el programa. Se han creado solo modelos femeninos, y las participantes han de modificar diversas partes del avatar. Esto podría presentar el inconveniente de cansar a las participantes, sin embargo, puede considerarse tam-

bién una ventaja dado que permite una individualización de los avatares para cada participante, y una evaluación más precisa de las seis áreas corporales más conflictivas. Por otra parte, las figuras son en 3D generadas por ordenador, confiriéndoles así volumen y mayor realismo. Además, el punto de partida es una figura de mujer con las mismas medidas que la participante, lo que evita tener un punto de referencia mayor o menor que su cuerpo que sesgue las respuestas. Como conclusión, podríamos decir que este procedimiento es útil para la evaluación de las distorsiones perceptivas de la IC y la insatisfacción corporal, y presenta unas propiedades psicométricas adecuadas, tanto para población no clínica como para trastornos alimentarios.

La BSA (Guardia et al., 2010) tiene como desventaja la imposibilidad de evaluar la insatisfacción corporal, pero es una prueba más ecológica y enmascarada para evaluar la estimación del tamaño corporal, ya que permite observar la representación corporal a través de la realización de una acción de la vida cotidiana, sin que la pregunta realizada permita a la persona identificar exactamente el objetivo de la prueba. Además, puede emplearse con hombres y con mujeres, y es especialmente útil para estudiar los procesos anormales que se encuentran en la base de las alteraciones en la imagen corporal en la anorexia nerviosa.

Por último, la CGFRS (Moussally et al., 2017) presenta como desventaja la presentación de las siluetas en un continuo de menor a mayor, con el consiguiente efecto orden, y que requiere de una pantalla de ordenador. Sin embargo, las figuras son en 3D generadas por ordenador, con lo que son muy realistas, y además recorren un rango de IMC amplio, paliando la respuesta por aproximación. Se trata de un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que permite evaluar la estimación corporal y la insatisfacción corporal, paliando algunas de las limitaciones que presentaba la BIA-R. La Tabla 1 recoge las principales ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos expuestos.

Tabla 5. Regresión logística binaria de la práctica físico-deportiva de los adolescentes.

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
BIA-R	Datos normativos. Impide efecto orden.	Nº reducido de siluetas simultáneamente. Dibujos.
BIAS	Figuras en 3D realistas. Permite modificar diferentes partes.	Gran tiempo de administración.
BSA	Ecológica. Enmascarada.	No evalúa insatisfacción corporal.
CGFRS	Figuras en 3D muy realistas. Rango amplio de IMC.	Siluetas en un continuo. Efecto orden.

Discusión / Conclusiones

Este trabajo muestra las ventajas y los inconvenientes de algunas técnicas de evaluación de las distorsiones de la IC para facilitar al lector la selección de la técnica más adecuada en función de cuales sean sus necesidades. Para un conocimiento más exhaustivo del tema, se recomienda acceder a revisiones metaanalíticas específicas sobre la materia (por ejemplo, Gardner R. M., 2012).

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad a través del proyecto de investigación “Anorexia Nerviosa y cuerpo: evaluación y modificación mediante realidad virtual de las representaciones mentales del cuerpo” (referencia PSI2017-85063-R), y por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a través de una ayuda de Formación de Profesorado Universitario concedida a la primera autora (referencia FPU15/07177).

Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Beebe, D. W., Holmbeck, G. N. y Grzeskiewicz, C. (1999). Normative and psychometric data on the Body Image Assessment – Revised. *Journal of Personality Assessment*, 73, 374-394.

Cornelissen, K. K., Bester, A., Cairns, P., Tovee, M. J. y Cornelissen, P. L. (2015). The influence of personal BMI on body size estimations and sensitivity to body size change in anorexia spectrum disorders. *Body Image*, 13, 75–85.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Gardner, R. M. (2012). Measurement of perceptual body image. In T.F. Cash (Ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 2, pp. 526-532). London: Academic Press.

Guardia, D., Lafargue, G., Thomas, P., Dodin, V., Cottencion, O. y Luyat, M. (2010). Anticipation of body-scaled action is modified in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48 (13), 3961-3966.

Letosa-Porta, A., Ferrer-García, M., y Gutiérrez-Maldonado, J. (2005). A program for assessing body image disturbance using adjustable partial image distortion. *Behaviour Research Methods*, 37 (4), 638-643.

Moussally, J. M., Grynberg, D., Goffinet, S., Simon, Y. y Van der Linder, M. (2017). Novel assessment of own and ideal body perception among women: validation of the Computer-Generated Figure Rating Scale. *Cogn Ther Res*, 41, 632-644.

Adolescente con Diabetes Mellitus Tipo 1: sintomatología depresiva y estilos parentales

(Adolescent with type 1 diabetes mellitus: depressive symptoms and parental styles)

Por Laura Lacomba-Trejo³⁶, Sara Casaña-Granell³⁷, Selene Valero-Moreno³⁸, Marián Pérez-Marín³⁹ e Imaculada Montoya-Castilla⁴⁰

Resumen

El diagnóstico de Diabetes Tipo 1 (DM1) en la adolescencia puede suponer un duro golpe para el adolescente que la padece y su familia. Este estresor puede dificultar la adaptación del sistema familiar al tratamiento, aumentando las posibles complicaciones físicas de la enfermedad, pudiendo también surgir problemas emocionales adicionales que dificulten el desarrollo familiar saludable en esta etapa evolutiva. Los estudios señalan como el estilo de crianza parental es un importante factor de riesgo/protec-

³⁶Estudiante de Doctorado en Investigación Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos, Facultad de Psicología, Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: laura.lacomba@hotmail.com.

³⁷Estudiante de Doctorado en Investigación Psicología. Técnico de Investigación. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos, Facultad de Psicología, Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: sara.casana@uv.es.

³⁸Estudiante de Doctorado en Investigación Psicología. Técnico de Investigación. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos, Facultad de Psicología, Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: selene.valero@uv.es.

³⁹Profesora Titular, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos, Facultad de Psicología, Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: marian.perez@uv.es.

⁴⁰Profesora Titular, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos, Facultad de Psicología, Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: Imaculada.motoya@uv.es.

ción ante enfermedades de este tipo. Así, la presencia de estilos parentales marcados por el afecto, comunicación y el control conductual se relacionan con una menor presencia de clínica emocional en la familia.

El objetivo de la presente investigación es analizar las características psicológicas de los adolescentes con DM1, profundizando en el estudio del papel que los estilos familiares tienen en la clínica depresiva. Tras firmar el consentimiento informado se realizó el pase de cuestionarios a 115 pacientes pediátricos. Las variables analizadas fueron: Depresión (medida a través del Hospital Anxiety and Depression Scale) y Estilos Parentales (Escala para la evaluación del estilo educativo de padres y madres de adolescentes). Entre los resultados, destacamos cómo la clínica depresiva en los adolescentes se relacionó significativamente con el estilo de crianza parental percibido caracterizado por: menor expresión de afecto, menor promoción de la autonomía, comunicación más pobre de los padres a los hijos, mayor control psicológico y negativismo por parte de los padres, así como una menor comunicación de los adolescentes a sus padres de forma espontánea.

Señalamos la importancia de la familia como fuente de protección ante la sintomatología depresiva, viéndose como padres afectivos, comunicativos, que promueven la autonomía de sus hijos y son positivos y no hacen uso de las prácticas de control psicológico, tienen hijos con menor sintomatología depresiva.

Palabras clave: Estilos Familiares; Depresión; Adolescente; Diabetes Mellitus Tipo 1

Abstracts

The diagnosis of Type 1 Diabetes (DM1) in adolescence can be a serious problem for the adolescent who suffers and his family. This stressor could be a difficult to adaptation of the family system to treatment, increasing the possible physical complications of the disease, and may also arise additional emotional problems that hamper healthy family development in this evolutionary stage. Studies indicate how parental parenting style is an important risk factor / protection against diseases of this kind of diseases. Thus, the presence of parental styles marked by affect, communication and behavioral control are

related to a lower presence of emotional symptoms in the family.

The aim of the present study is to analyze the psychological characteristics of adolescents with DM1, deepening the role that family styles have in the depressive clinic. After signing the informed consent, the questionnaires were sent to 115 pediatric patients. The variables analyzed were: Depression (measured through the Hospital Anxiety and Depression Scale) and Parental Styles (Scale for the evaluation of the educational style of parents of adolescents). Among the results, we highlight how the depressive symptoms in adolescents were significantly related to the perceived parenting style characterized by: less expression of affection, less promotion of autonomy, poorer communication from parents to children, greater psychological control and negativism on the part of parents, as well as less communication of adolescents to their parents spontaneously.

We point out the importance of the family as a source of protection against depressive symptoms. Our results show how affective, communicative parents, who promote the autonomy of their children and are positive and do not make use of psychological control practices, have children with less depressive symptoms.

Keywords: Family styles; Depression; Adolescent; Type 1 Diabetes Mellitus.

Introducción

La DM1 (insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia) es uno de los síndromes metabólicos más frecuentes en niños y jóvenes (Gómez-Rico, Pérez-Marín y Montoya-Castilla, 2014; Pérez-Marín, Gómez-Rico y Montoya-Castilla, 2015). Es por ello que la literatura se ha centrado fundamentalmente en el proceso médico de adaptación. Así, se suele considerar que, el paciente diabético se adaptaba a su enfermedad cuando presenta un correcto control metabólico (Amiel, Sherwin, Simonson, Lauritano y Tamborlane, 1986), pero el ajuste a la enfermedad crónica también implica mantener un estatus funcional adecuado, la ausencia de trastornos psicológicos, un bajo afecto negativo y la alta percepción de calidad de vida (Stanton, Collins y Sworowski, 2001).

La presencia de una enfermedad crónica (EC), como la Diabetes Melli-

tus Tipo 1 (DM1) en este momento del ciclo vital, supone un gran ajuste de los hábitos de vida familiares para adaptarse al estricto tratamiento (Chamorro, Martínez y Tomás, 2002). Requerirá de continuos controles de glucemia, aplicación de insulina, dieta equilibrada y realización de ejercicio diario (Morawka, Calam y Fraser, 2015), por lo que los adolescentes y sus familias se encuentran con el reto de establecer un equilibrio entre la DM1 y la etapa en la que están, pudiendo verse afectado su bienestar psicológico (Gómez-Rico et al., 2015; Pérez-Marín et al., 2015).

La literatura ha señalado que los adolescentes con DM1, padecen con frecuencia sintomatología emocional (depresiva (Bennett, 1994) y ansiosa (Wysocki, Greco y Buckloh, 2003)) incluso trastornos ansiosos y depresivos (García 2004). Existen estudios que señalan, además, que un gran porcentaje de adolescentes con DM1 sufre depresión y no ha sido diagnosticado correctamente (Anarte et al., 2010). Es por ello que se mantiene que los adolescentes suelen tener dificultades para adaptarse psicológicamente al hecho de padecer DM1 (Bilbao-Cercós, Beniel-Navarro, Pérez-Marín, Montoya-Castilla, Alcón-Sáez y Prado-Gascó, 2013).

Ahora bien, los estudios muestran que la sintomatología emocional puede verse aumentada en función de la edad, viéndose valores superiores en adolescentes entre los 16 y 18 años que entre los de 13 a 15 (Madsen, Roisman y Collins, 2002); observándose además mayor problemática en los adultos que en adolescentes y niños (De Ornelas, Azevedo, Brouwers, Egidio y Cardoso, 2012).

Esto es fundamental, más aún si se tiene en cuenta que la sintomatología emocional puede deteriorar el control metabólico del paciente (Greening, Stoppel Bein, Konishi, Jordan y Moll, 2007), dando lugar a hemoglobinas glicosiladas elevadas (Johnson, Eiser, Young, Brierley y Heller, 2013; Santos, Bernardo, Gabbay, Dib y Sigulem, 2013), aumentando la probabilidad de sufrir complicaciones médicas. No obstante, trabajos recientes señalan que los niveles de ansiedad y depresión de estos pacientes pediátricos son bajos (Muñoz, Montoya-Castilla y Pérez, 2015).

De hecho, hay investigación que indica la presencia del mismo nivel de depresión en pacientes diagnosticados y no diagnosticados de diabetes (Meurs, Roest, Wolffenbuttel, Stolk, De Jonge y Rosmalen, 2016). Así, cuando los grupos son claramente comparables, se observa que los adolescentes con DM1 no se diferencian de sus pares o incluso se encuen-

tran mejor que ellos (Reynolds y Helgeson, 2011), por lo que el tener una condición de enfermedad crónica no llevaría necesariamente a padecer problemas de depresión o ansiedad.

El sexo puede ser una variable mediadora en la presencia o intensidad de alteraciones psicológicas en estos pacientes, observándose en algunos estudios que son los chicos con DM1 quienes muestran las alteraciones psiquiátricas, pero no las chicas (Lavigne y Faier-Routman, 1982), aunque otros señalan que son las chicas las que mayores niveles de estrés sufren (Beléndez, Lorente & Madereulo, 2015).

Ahora bien, independientemente de la prevalencia de sintomatología emocional en estos pacientes, las personas que sufren estos problemas corren un riesgo mayor de complicaciones (Rubin y Peyrot, 1992). Esto es así porque se asocia con un menor autocuidado, mayores complicaciones a corto y largo plazo, mayor mortalidad, y coste económico para los sistemas de salud. La sintomatología depresiva destaca como factor de riesgo de morbilidad, observándose como factor clave en la menor adherencia al tratamiento, en la peor monitorización y en la disminución del cumplimiento de las pautas de ejercicio físico (Lin y Von Korff, 2008). Así, un mayor estrés en estos pacientes parece asociarse con un peor control de la DM1 (Korczak, Madigan, Manassis y Daneman, 2016), pudiendo incluso desplazar los efectos de protección que tienen la autoestima y el apoyo social del paciente (Malik y Koot, 2009).

La adaptación a la enfermedad crónica, en general, requiere tareas para las que son necesarias otras personas (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000). En la infancia y el principio de la adolescencia es fundamental el papel de la familia para el desarrollo de dichas tareas y a medida que el paciente va creciendo, lo serán sus amigos y pareja. Por ello, necesitan tener una adecuada, viable y satisfactoria red de relaciones, que proporcione el apoyo emocional y la ayuda necesaria en los momentos de dolor, impedimento e incertidumbre (Cohen et al., 2000).

En el caso de la diabetes, un buen sistema de apoyo social y familiar es fundamental para presentar una mejor calidad de vida, mayor bienestar psicológico, autocuidado, adherencia al tratamiento y control glucémico, así como sentimientos de ser valorado y cuidado por el resto, una menor sintomatología ansiosa y depresiva (De Dios, Avedillo, Palao, Ortíz y Agud, 2003; Martínez y Torres, 2007; Whittemore, Kanner y Grey,

2004) y por tanto, menos complicaciones a corto y largo plazo (Baek, Tanenbaum, Jeffrey y Gonzalez, 2014).

La red de apoyo que constituye la familia es un aspecto muy relevante en el ajuste a la enfermedad (Stanton y Revenson, 2007), considerándose la diabetes una “enfermedad familiar”, debido a que la familia percibe la enfermedad como algo propio (Beveridge, Berg, Wiebe y Palmer, 2006), al impactar fuertemente en todo el sistema familiar (Pérez-Marín et al., 2015).

El tener unos buenos vínculos sociales puede llevar al paciente a ajustarse más adecuadamente a su enfermedad (Stanton y Revenson, 2007). De hecho, los niños que gozan de estilos parentales cálidos, presentan mayores niveles de auto-eficacia, competencia e independencia (Sherifali, Ciliska y O'Mara, 2009), pudiendo funcionar como elemento protector en la DM1. Así, los adolescentes que se encuentran en familias con un adecuado funcionamiento familiar, marcadas por una buena cohesión, presentan más capacidad para hacer frente a la enfermedad (Pérez-Marín et al., 2015), pudiendo contribuir a la adaptación de sus hijos al tratamiento y control glucémico (Rosenberg y Shields, 2009). Todo esto repercute en su bienestar físico y psicológico. El alto control parental, el negativismo, la sobreprotección, el bajo afecto y la baja promoción de la autoconfianza, se asocian con una mayor probabilidad de problemas emocionales y del comportamiento en sus hijos con DM1 (Morawka et al., 2015). Ahora bien, las prácticas de crianza autoritarias se han asociado con un mejor control de la enfermedad y una mayor adherencia al régimen de tratamiento, así como a una mejor adaptación del niño (Monaghan et al., 2012; Morawka, Calam y Fraser, 2015). Por otra parte, padres más permisivos suelen generar resultados más pobres en cuanto al ajuste de sus hijos a la enfermedad (Shorer et al., 2011).

Las familias caracterizadas por niveles adaptativos de cohesión, flexibilidad y calidez generan adolescentes con mejores estrategias del afrontamiento del estrés, autoeficaces y con mejor capacidad para gestionar su diabetes, disminuyendo sus niveles de estrés y conflictos (Monaghan et al., 2012; Muñoz et al., 2015; Pérez-Marín, Montoya-Castilla, Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, 2016; Rosland, Heisler y Piette, 2012) y su sintomatología emocional. De hecho, las familias con un nivel bajo de flexibilidad o adaptabilidad, baja cohesión familiar y menos conductas afectivas de cuidado, suelen tener hijos diabéticos con niveles muchos

más altos en depresión que los pacientes de familias con un funcionamiento equilibrado (Jaser, 2010; Pérez-Marín et al., 2016).

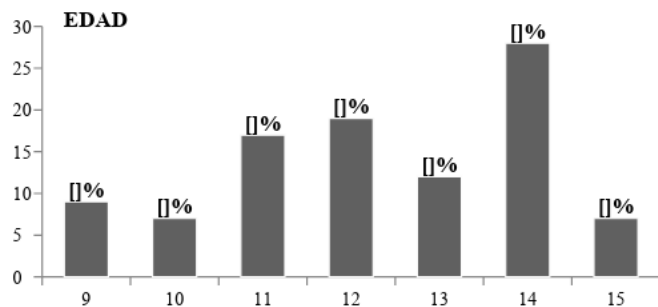
Por todo lo anterior, la literatura sugiere que el ajuste a la enfermedad se relaciona más con las variables personales y familiares en sí, que con las de la enfermedad, señalándose que el entorno familiar es el factor más vinculado con la adaptación de los niños (Morawska et al., 2015). Se indica cómo la dinámica familiar constituye una variable crítica, aunque poco estudiada, en el ajuste a la enfermedad y la adherencia al tratamiento, observándose relaciones entre los distintos aspectos del funcionamiento familiar y la adherencia y el régimen de los indicadores del estado de salud (Alonso y Román, 2005; Pérez-Marín et al., 2016).

Por ello, las variables familiares se han señalado como centrales en el control de la enfermedad, observándose cómo los conflictos familiares, la falta de participación de los padres en el manejo de la diabetes o el ambiente doméstico caótico, conducen a una diabetes mal controlada entre los adolescentes (Korczak et al., 2016).

Método

Participantes

Los participantes fueron 115 adolescentes con DM1, atendidos en unidades de Unidad de Endocrinología Pediátrica de hospitales de la ciudad de Valencia. El 59% fueron chicos, el 41% chicas. Sus edades estaban comprendidas entre 9 y 15 años, siendo la media de edad de 12,26 años (D.T.= 1,78) (*Gráfico 1*).



Variables e Instrumentos

Para el estudio de la **sintomatología depresiva**, se tuvo en cuenta la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) que fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 como instrumento de screening para la detección de pacientes no psiquiátricos con trastornos afectivos que acudían a los hospitales (De las Cuevas, García-Estrada y González, 1995). Los ítems de esta escala evalúan principalmente la clínica cognitiva de la ansiedad y la depresión frente a la clínica somática (Castresana, Pérez y Rivera 1995), siendo este aspecto especialmente relevante en estudios cuyos sujetos cursan con un diagnóstico médico/somático significativo (como es el caso de la DM1). Para el estudio se ha tenido en cuenta la subescala de sintomatología depresiva, compuesta por los 7 ítems pares del cuestionario (Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann, 2001) que se valoran de 0 a 3, teniendo en cuenta que los ítems 2, 4, 12 y 14 se deben invertir después. Una puntuación inferior a 7 significa ausencia de síntomas depresivos, de entre 8-10 un caso probable de depresión y una superior a 10, un problema clínico.

En cuanto a la consistencia interna de la escala, en un estudio de validación en población española encontramos que los valores para la escala de ansiedad variaron entre 0,68 y 0,93 (media 0,83) y para la escala de depresión entre 0,67 y 0,90 (media 0,82) (Ibáñez y Caro, 1992).

En la evaluación de los **estilos parentales** utilizamos la *Escala para la evaluación del estilo educativo de padres y madres de adolescentes* que fue

creada para valorar la percepción de los adolescentes sobre los estilos educativos de sus padres (Oliva et al., 2007). El cuestionario está compuesto por 41 ítems (ninguno invertido) de escala tipo Likert (de 1 a 6) comprendida entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 6 (*totalmente de acuerdo*), mediante los que se obtienen las siguientes subescalas: *afecto y comunicación* (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8), *promoción de autonomía* (ítems 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30), *control conductual* (ítems 9, 10, 11, 12, 13 y 14), *control psicológico* (ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22), *revelación* (ítems 37, 38, 39, 40 y 41) y *humor* (ítems 31, 32, 33, 34, 35 y 36). Cabe destacar que, en general, las subescalas consideran aspectos positivos de los estilos parentales, por lo que mayores puntuaciones en las mismas, denotan mejor estilo educativo. Ahora bien, las subescalas de control se valoran de forma distinta; la subescala *control psicológico* es negativa, por lo que una puntuación inferior es señal de un estilo parental más adaptativo.

En relación a los índices de fiabilidad de las subescalas fueron de 0,92 para *afecto y comunicación*, 0,88 para *promoción de autonomía*, 0,82 para *control conductual*, 0,86 para *control psicológico*, 0,85 para *revelación* y 0,88 para *humor* (Oliva et al., 2007).

Procedimiento

Tras la visita en consultas externas de los pacientes y su cuidador familiar principal en el servicio de Endocrinología y la firma del consentimiento informado por parte del cuidador principal y del paciente (si era mayor de 12 años), se realizaba la administración de cuestionarios de forma individual, en un único momento temporal.

Diseño

La evaluación en ambas muestras se realizó en un único pase y un único momento temporal, por lo que nuestro estudio tiene un diseño transversal, de único momento temporal.

Análisis estadísticos

Se procedió a analizar los resultados mediante análisis descriptivos para

cada una de las variables objeto de estudio, posteriormente se realizó una prueba T para muestras independientes, teniendo en cuenta el tamaño del efecto (mediante d de Cohen). Según Cohen (1988), se consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos $\approx 0,2$, medios $\approx 0,5$ y altos $\approx 0,8$. Por último se analizaron las relaciones entre las variables mediante correlaciones de Pearson. Para todo ello, se utilizó el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados

Síntomas depresivos

En cuanto al estudio de los síntomas depresivos observamos que sólo un 1% de los pacientes mostraba un problema clínico de depresión ($M=1,61$; $D.T.=1,97$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo ($t=-1$, $p=0,322$).

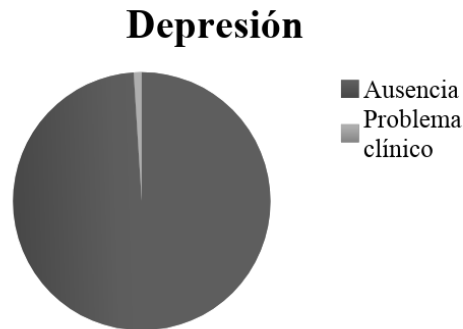


Figura 2. Depresión en el paciente con DMI

Estilos parentales

Los resultados obtenidos en las subescalas que valoraban los estilos parentales, pueden observarse en la Tabla 1.

Teniendo en cuenta el rango de puntuación de cada escala, se obtuvo en las tres muestras, valores medios-elevados en todos los factores, a excepción de la escala de “control psicológico”. Esto suele ser indicativo de estilos educativos sanos, fomentando una relación afectiva, abierta a expresarse y comunicarse, con complicidad y con baja promoción de sentimientos de culpa (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivos de las escalas del cuestionario EP

	M	DT	Mín.	Máx	P25	P50	P75	Rango de puntuaciones escalas
Afecto y comunicación	41,29	7,18	10	48	37,5	43	46	8-48
Autonomía	36,8	8,96	13	48	36	40	44	8-48
Control conductual	26,34	7,32	8	36	24	29	34	6-36
Control psicológico	23	10,61	8	48	15,25	21	25	8-48
Revelación	20,6	7,01	5	30	19	23	26,5	5-30
Humor	27,99	6,69	14	36	26,5	30	34	6-36

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, las chicas eran las que mayor autonomía percibían por parte de sus progenitores ($t=-3,22$, $p=0,002$), más se comunicaban con ellos ($t=-2,641$, $p=0,009$), y los percibían como más optimistas ($t=-2,76$, $p=0,007$).

Asociación entre variables

Por último, al analizar las relaciones existentes entre las variables estudiadas. Encontramos que la clínica o sintomatología depresiva se asociaba de manera lineal positiva y alta con el control psicológico, y de forma negativa con el afecto, la comunicación, la promoción de la autonomía y el humor (Tabla 2). La edad solo se asoció con una menor comunicación por parte del adolescente con sus padres ($r=-0,270$, $p=0,004$).

Tabla 2. Relaciones entre estilos familiares percibidos y sintomatología depresiva

	Sintomatología depresiva
Afecto y comunicación	-0,61**
Autonomía	-0,48**
Control conductual	-0,05
Control psicológico	-0,37**
Revelación	-0,19
Humor	-0,40**
Edad	-0,15

Discusión

En este trabajo se ha estudiado la sintomatología depresiva y los estilos parentales en adolescentes con DM1. Para ello, se ha analizado la presencia de psicopatología y la percepción que tienen los adolescentes de los estilos familiares que tienen sus cuidadores, así como las diferencias de sexo y, la asociación estas variables y la edad.

En general, los adolescentes no muestran sintomatología emocional relevante, tal y como algunos estudios más recientes señalan (Meurs et al., 2016; Muñoz et al., 2015; Reynolds & Helgeson, 2011). No obstante, cabe tener en cuenta que la mayoría de la literatura señala que estos pacientes sufren a menudo problemas emocionales (Bennett, 1994; Wysoc ki et al., 2003; García, 2004), en ocasiones infradiagnosticados (Anarte et al., 2010). Llama la atención que chicas y chicos muestran similar sintomatología depresiva, en contra de lo que otros estudios señalaban, donde el sexo es una variable relevante para la aparición de dificultades en los adolescentes con DM1 (Lavigne y Faier-Routman, 1982; Beléndez et al., 2015). La sintomatología depresiva no se asociaba con la edad de los participantes, tal vez porque los estudios muestran que es propia de edades

más tardías (De Ornelas et al., 2012; Madsen et al., 2002).

La baja sintomatología depresiva en estos adolescentes se acompaña de una percepción por su parte de tener unos padres que les dan afecto y autonomía, son positivos, se comunican abiertamente con ellos, ponen los límites necesarios y no ejercen el control psicológico o chantaje emocional habitualmente, lo que va en la línea de estudios previos que en los que se halla que las familias de adolescentes con DM1 son cálidas y estructuradas (Muñoz et al., 2015; Pérez-Marín et al., 2015; Pérez-Marín et al., 2016). Lo anterior es especialmente relevante en las chicas con DM1, quienes perciben a sus padres como más afectivos, expresivos, con sentido del humor y con confianza en ellas.

Los estilos familiares positivos (caracterizados por una amplia comunicación de padres a hijos, así como por muestras de cariño y respeto, promoción de la autonomía y positividad, acompañados de poco uso del chantaje emocional) se asocian con menor presencia de síntomas depresivos en adolescentes con DM1, tal y como se mencionaba en trabajos anteriores (Jaser, 2010; Pérez-Marín et al., 2016). Estos estilos familiares promueven adolescentes más resolutivos, independientes y con mayor capacidad de gestionar su enfermedad (Monaghan et al., 2012; Pérez-Marín et al., 2016; Rosland et al., 2012). Todo ello, podría asociarse con una mejor adaptación física y emocional a la enfermedad (Alonso y Román, 2005), protegiendo a estos adolescentes de complicaciones a corto y largo plazo.

En futuras investigaciones sería necesaria la valoración de niños, preadolescentes, adolescentes y jóvenes para observar dónde son más comunes las dificultades emocionales y si estas se acompañan de una peor percepción de los estilos familiares. Además, la realización de estudios longitudinales, permitiría analizar cómo se comportan dichas variables a lo largo del ciclo vital. También, sería conveniente valorar a los padres de los adolescentes con DM1 para tener en cuenta su visión acerca de los estilos parentales ejercidos por ellos mismos.

Nuestro trabajo pone de manifiesto la importancia del sistema familiar en esta etapa, y más aún, cuando se padece una EC, cómo la familia puede funcionar como un importante factor de riesgo o protección. Finalmente, a la luz de los resultados obtenidos, podemos concluir que nuestros datos no muestran que la presencia de DM1 sea el elemento fundamental para el bienestar y la salud psicológica. Los adolescentes de nuestro estudio

no muestran en general sintomatología depresiva de interés. Puede que variables como los estilos familiares actúen promoviendo o dificultando conductas de prevención y fortalecimiento en ellos. Si bien, en nuestro trabajo, la diabetes no parece ser una variable determinante, es un factor de riesgo que hay que tener en cuenta.

Agradecimientos

El presente estudio ha sido realizado gracias a las ayudas de investigación recibidas por la Asociación Española de Psicología Clínica, Psicopatología y el Programa VLC-BIOMED (Instituto de Investigación La Fe, Hospital Universitario y Politécnico La Fe y Universitat de València), la Ayuda de Iniciación a la Investigación de la Universitat de Valencia (2015) y la Ayuda predoctoral de la Generalitat Valenciana (ACIF17) y el fondo social europeo.

Referencias bibliográficas

Alonso, J. y Román, J. M. (2003). *Escalas de Identificación de "Prácticas Educativas Familiares"*. PEF-A. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, Madrid: Editorial Cepe.

Amiel, S., Sherwin, R., Simonson, D., Lauritano, A. y Tamborlane, W. (1986). Impaired insulin action in puberty. A contributing factor to poor glycemic control in adolescents with diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 315(4), 215 – 219.

Anarte, M.T., Carrerira, M., Ruiz, M.S., Caballero, F.F., Godoy, A. y Sorriquer, F.C. (2010). Precisión del diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo. *Psicothema*, 23(4), 606-610.

Baek, R. N., Tanenbaum, M. L. y González, J. S. (2014). Diabetes burden and diabetes distress: the buffering effect of social support. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(2), 145-155. DOI: 10.1007/s12160-013-9585-4.

Beléndez, M., Lorente, I. y Maderuelo, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300-303.

Bennett, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: a meta- analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(2), 149–69.

Beveridge, R. M., Berg, C. A., Wiebe, D. J. y Palmer, D. L. (2006). Mother and Adolescent Representations of Illness Ownership and Stressful Events Surrounding Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 818– 827.

Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J. J. y Prado-Gascó, V. J. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud*, 25(1), 57-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a5>.

Chamorro, M., Martínez, I. y Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de Pediatría*, 42(180), 114-119.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Cohen, S., Gottlieb, B. y Underwood, L. (2000). Social relationships and health. En: S. Cohen, L. Underwood, y B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.

De Dios, C., Avedillo, C., Palao, A., Ortíz, A. y Agud, J.L. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. *The European Journal of Psychiatry*, 17(3), 171-182.

García, N. I. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes melitus tipo 1* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperada de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/5436>.

Greening, L., Stoppelbein, L., Konishi, C., Jordan, S.S. y Moll, G. (2007). Child routines and youths' adherence to treatment for type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 437-447.

Jaser, S. S. (2010). Psychological problems in adolescents with diabetes. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, 21(1), 138-150.

Johnson, B., Eiser, C., Young, V., Brierley, S. y Heller, S. (2013). Prevalence of depression among young people with Type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 30(2), 199-208.

Korczak, D. J., Madigan, S., Manassis, K. y Daneman, D. (2016). The association of cortisol stress response with early adversity and diabetes control in adolescents with diabetes. *Journal of Depression and Anxiety*, 5(1), 1051-1086. DOI: 10.4172/2167-1044.1000217.

Lavigne, J. V. y Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(2), 133-157.

Lin, E. H. B. y Von Korff, M. (2008). Mental disorders among persons with diabetes – results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 571-580. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.007>.

Madsen, S. D., Roisman, G. I. y Collins, W. A. (2002). The intersection of adolescent development and intensive intervention: Age-related psychosocial correlates of treatment regimens in the Diabetes Control and Complication Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(5), 451-459.

Malik, J. A. y Koot, H. M. (2009). Explaining the Adjustment of Adolescents With Type 1 Diabetes Role of diabetes-specific and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 32(5), 774-779.

Martínez, B. y Torres, L. E. (2007). Importancia de la familia en el paciente con Diabetes Mellitus insulino-dependiente. *Psicología y salud*, 17(2), 229-240.

Monaghan, M., Horn, I. B., Alvarez, V., Cogen, F. R. y Streisand, R. (2012). Authoritative parenting, parenting stress, and self-care in pre-adolescents with type 1 diabetes. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(3), 255-261.

Marawska, A., Calam, R., y Fraser, J. (2015). Parenting interventions for childhood chronic illness: a review and recommendations for intervention design and delivery. *Journal of Child Health Care*, 19(1), 5-17. DOI: 10.1177/1367493513496664.

Meurs, M., Roest, A. M., Wolffenbuttel, B. H. R., Stolk, R. P., De Jonge, P. y Rosmalen, J. G. M. (2016). Association of depressive and anxiety disorders with diagnoses versus undiagnosed diabetes: an epidemiological study of 90,686 participants. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 233.

Muñoz, R., Montoya-Castilla, I., Pérez, M. y Prado-Gascó, V. J. (2015). Ansiedad y Depresión en el niño Diabético y su relación con los estilos Familiares. *Calidad de Vida y Salud*, 8(2), 104-117.

Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología*, 23(1), 49-56.

Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I. y Montoya-Castilla, I. (2015). Type 1 Diabetes Mellitus: Psychosocial factors and adjustment of pediatric patient and his/her family. Review. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 158-162.

Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Lacomba-Trejo, L. y Casaña-Granell, S. (2016). Problemas emocionales y estrés ante la enfermedad en los familiares del paciente diabético pediátrico. *Cultura Educación y Sociedad* 7(2), 122-138.

Reynolds, K. A. y Helgeson, V. S. (2011). Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? A Meta-Analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 29-41. DOI: 10.1007/s12160-011-9262-4.

Rosland, A. M., Heisler, M., y Piette, J. D. (2012). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 35(2), 221-239.

Rosenberg, T. y Shields, C. G. (2009). The role of parent-adolescent attachment in the glycemic control of adolescents with type 1 diabetes: A pilot study. *Families, Systems & Health*, 27(3), 237-248.

Rubin, R. R. y Peyrot, M. (1992). Psychosocial problems and interventions in diabetes: a review of the literature. *Diabetes Care*, 15(11), 1640-1657. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.15.11.1640>.

Sherifali, D., Ciliska, D. y O' Mara, L. (2009). Parenting children with diabetes: exploring parenting styles on children living with type 1 diabetes mellitus. *The Diabetes educator*, 35(3), 476-483. DOI: 10.1177/0145721709333268.

Santos, F. R. M., Bernardo, V., Gabbay, M. A., Dib, S. y Sigulem, D. (2013). The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 5(1), 55-60.

Stanton, A. L., Collins, C. A. y Sworowski, L. (2001). Adjustment to chronic illness: Theory and research. En A. Baum, T.A. Revenson y J. E. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp. 387-404). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Stanton, A. y Revenson, T. (2007). Adjustment to Chronic Disease: Progress and Promise in Research. En S. Howard y C. S. Roxane. (Eds.), *Foundations of Health Psychology*. Oxford University Press, pp: 214-244.

Whittemore, R., Kanner, S. y Grey, M. (2004). The influence of family on physiological and psychosocial health in youth with type 1 diabetes: A systematic review. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Wysocki, T., Greco, P. y Buckloh, L. M. (2003). Childhood diabetes in psychological context. En M.C. Roberts (ed.), *Handbook of pediatric psychology* (3a Ed), New York: The Guilford.

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Análisis del perfil del corredor de carreras populares en Valencia: comparación en base al género

(Analysis of the profile of the corridor of popular races in Valencia: comparison based on gender)

Por Mario Alguacil⁴¹, David Parra-Camacho⁴² y María del Carmen Giménez-Espert⁴³

Resumen

El presente estudio se ha llevado a cabo para analizar el perfil del corredor de carreras populares de la ciudad de Valencia. La promoción de actividades y eventos deportivos es una herramienta muy importante para el establecimiento de hábitos saludables en la población. Persiguiendo este objetivo, el deporte municipal y en concreto el circuito de carreras populares cumplen un papel fundamental, ya que se convierten en una oportunidad accesible en todos los sentidos para que la gente se inicie y consolide sus niveles de práctica deportiva.

La muestra corresponde a un total de 1467 participantes de los cuales 390 son mujeres y 1077 hombres, representando un 25,58% y un 73,42% respectivamente. Como instrumento se procedió a elaborar una encuesta a partir de la literatura existente, estructurada en cuatro bloques. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo para conocer el perfil de corredor

⁴¹Profesor en Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación. Universidad Católica de Valencia. C/Sacre Cor, 5. 46113. Godella (Valencia). Contacto: mario.alguacil@ucv.es.

⁴²Profesor en Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación. Universidad Católica de Valencia. C/Sacre Cor, 5. 46113. Godella (Valencia). Contacto: david.parra@ucv.es.

⁴³Profesora Grado Enfermería en facultad ciencias de la salud. Universidad Europea de Valencia. C/General Elío, 8. 46010. Valencia. Contacto: carmen.gimenez@universidadeuropea.es.

que asiste a este tipo de eventos, controlando numerosas variables: edad, género, frecuencia de práctica, pertenencia a un club, posesión de ficha federativa, años que lleva corriendo, con quién suele salir a correr, en qué espacios suele salir a hacer running y, por último, su opinión respecto a las instalaciones que ofrece la ciudad de Valencia para la práctica deportiva.

En algunas de estas variables se han realizado comparaciones entre hombres y mujeres, tanto mediante pruebas T como con chi-cuadrado. Los resultados muestran información interesante respecto al perfil del corredor, encontrando diferencias significativas entre hombres y mujeres en algunas de las variables propuestas.

Los hombres llevan más tiempo participando en carreras populares que las mujeres; sin embargo, ellas salen a correr con más frecuencia. Tanto en hombres como en mujeres son mayoría los que no forman parte de un club ni poseen licencia, y respecto a con quién y dónde practican deporte, la opción de salir en solitario y correr al aire libre es la más elegida. Tanto hombres como mujeres están satisfechos con los espacios de Valencia.

Palabras clave: Hábitos Saludables; Corredores; Carreras Populares.

Abstract

The present study has been carried out to analyse the profile of the popular racing corridor of the city of Valencia. The promotion of activities and sporting events is a very important tool for the establishment of healthy habits in the population. Pursuing this objective, the municipal sport and in particular the popular racing circuit, play a fundamental role, since they become an opportunity accessible in all senses for people to start and consolidate their levels of sports practice.

The sample corresponds to a total of 1467 participants of which 390 are women and 1077 men, representing 25.58% and 73.42% respectively. As an instrument, a survey was carried out based on the existing literature, structured in four blocks. A descriptive analysis has been carried out to know the profile of the runner who attends this type of events, controlling many variables: age, gender, frequency of practice, membership in a club, possession of the federative license, years running, with who usually goes for running, in

what spaces they usually go out to run and, finally, their opinion regarding the facilities offered by the city of Valencia for running.

In some of these variables, comparisons have been made between men and women. The results show interesting information regarding the profile of the runner, finding significant differences between men and women in some of the proposed variables.

Men have more time participating in popular races than women, however, women run more often. Most of men and women are not part of a club or have a license, and regarding to whom and where they practice sports, the option of going out alone and run outdoors is the most chosen. Both men and women are satisfied with the spaces of Valencia.

Keywords: *Healthy Habits; Runners; Popular Races*

Introducción

El Circuito de Carreras Populares de la Ciudad de Valencia es un evento que está consolidado y que supone una oportunidad de práctica deportiva atractiva y accesible para todas las personas con diferentes niveles de condición física. Este tipo de propuestas ayudan a incrementar la práctica de actividad físico-deportiva en el tiempo de ocio entre los residentes de la ciudad de Valencia, generar un hábito higiénico y saludable para la mejora y mantenimiento de la calidad de vida y fomentar el deporte. Por otro lado “las instituciones se manifiestan ahora favorables a realizar estudios del impacto socioeconómico de los eventos” (Añó, 2014, p.46) lo que nos aporta información valiosa de cara a conocer el evento organizado y propuestas de mejora, para cada vez más ofrecer actividades que satisfagan a los participantes. Por ello, el objetivo principal de este trabajo es saber cuáles son los hábitos deportivos de los corredores que participan en estas pruebas, así como su perfil sociodemográfico, para posteriormente mediante análisis estadístico, utilizar los datos o las puntuaciones ofrecidas a los distintos apartados de los que consta el estudio en base al género, y por tanto, poder comprobar si en los aspectos que se preguntan, los hombres y mujeres que participan en dicho circuito muestran opiniones significativamente diferentes.

En la actualidad, la ciudad de Valencia ha consolidado la marca “Ciudad del Running”, gracias a un número amplio de iniciativas y proyectos creados y/o apoyados desde organismos municipales como la Fundación Deportiva Municipal (FDM) con el mecenazgo principal de la Fundación Trinidad Alfonso. De hecho, según indican datos extraídos de la Fundación Deportiva Municipal, la ciudad de Valencia ha cerrado el calendario de carreras populares de la ciudad con más de 170.000 corredores.

Esto ha sido posible también gracias a las numerosas posibilidades que ofrece Valencia para practicar deporte y actividades físicas al aire libre, con unas excelentes condiciones climatológicas y con unas características orográficas que permiten que la ciudad sea atractiva para correr e intentar batir marcas, ya que se encuentra a nivel del mar y tiene la capacidad de crear carreras de larga distancia como puede ser una media maratón, en la que la variación de altitud a lo largo de toda la carrera sea extremadamente baja. Por otro lado, vemos que la carrera continua es una de las prácticas más sencillas de llevar a cabo, ya que no requiere de una gran inversión inicial ni de una necesidad amplia de conocimientos específicos, por lo que, si esto lo unimos a los elementos anteriormente comentados, hace que sea una opción muy con muchas posibilidades de ser escogida por aquellos que se inician y para los que se plantean progresar. Además, hay una ventaja extra, y es que como existen carreras como las que forman el Circuito de Carreras Populares, en las que la distancia es baja, suponen un objetivo alcanzable para los que están empezando en su práctica, lo que ayuda a que su motivación sea más alta y exista una mayor adherencia en cuanto a la práctica deportiva.

El *running* se refiere al conjunto de actividades físico-deportivas que engloban la carrera a pie (Llopis y Llopis, 2012). Es un fenómeno que ha visto cómo se ha incrementado el número de participantes de forma exponencial durante los últimos años no solo en la ciudad de Valencia, sino a nivel nacional e internacional. Además, este crecimiento se ha producido en todos los tipos de carrera no solo en las carreras populares que constan de una menor distancia, sino que también han aumentado mucho las inscripciones a carreras de larga distancia, como pueden ser las medias maratones, las maratones o las carreras de Trail. Un ejemplo reciente en la ciudad de Valencia ha sido el Mundial de Media Maratón celebrado en 2018, donde se dieron cita cerca de 15.000 participantes, llenando las ca-

lles y creando un ambiente festivo de importantes dimensiones. Este tipo de eventos son positivos por el simple hecho de realizarse, pero además suponen beneficios para las ciudades que los acogen no solo en cuanto al impacto económico directo e indirecto que pueda ocasionar gracias a los participantes y acompañantes que vienen de todas partes, sino también por un aspecto al que muchas veces no se atiende pero que es fundamental: el escaparate al mundo que se consigue crear cuando se acoge un evento importante y, además, cuando se gestiona bien. Valencia lleva años organizando eventos deportivos relevantes y organizándolos muy bien (habiendo recibido reconocimiento en algunos de ellos). Este escaparate hace que la ciudad resuene en muchos países, que Valencia esté vinculada al deporte en la mente de las personas cuando piensan en ella, y eso no solo provoca que los eventos deportivos tengan buenas expectativas futuras de participación, sino también que la ciudad entera tenga mejores expectativas de turismo, ya que, como demuestran estudios como el de Alguacil, Pérez-Campos, Aguado y Boquera (2016), si se consigue crear un adecuado estándar de calidad y se proporciona sensación de seguridad a los participantes de los eventos deportivos, tanto el valor que perciben como el nivel de satisfacción se verá aumentado, lo que hará que en las intenciones futuras de los participantes, la idea de volver a la ciudad que ha acogido el evento como turistas sea mucho más probable. En eventos populares como los muchos que se celebran en Valencia puede ocurrir lo mismo. Volviendo de nuevo al Circuito de Carreras Populares de Valencia, ha sufrido una evolución paulatina pero constante en el nivel de participación. Así, vemos como, por ejemplo, si cogemos la referencia del primer circuito que se hizo en la ciudad, el total de las inscripciones fue de 381 corredores, mientras que hoy en día un solo evento como la Volta a Peu Fundación Valencia C.F. ya tuvo 6079 participantes.

En la promoción de hábitos deportivos, los eventos deportivos locales pueden actuar como importantes dinamizadores de la vida urbana y contribuir a mejorar la calidad de vida de los residentes (Parra, Calabuig, Añó, Ayora y Núñez, 2014; Parra, Ayora, Calabuig y Añó, 2014), al margen de los posibles beneficios socioeconómicos que los eventos deportivos pueden generar en las ciudades que los acogen (Añó, 2010). Los estudios que analizan el impacto social de los eventos deportivos destacan la importancia de la participación de los residentes para lograr el respaldo de los ciu-

dadanos a la celebración de dichos eventos (Añó, Calabuig y Parra, 2012; Calabuig, Parra, Añó y Ayora, 2014). Por otro lado, está ampliamente demostrado que los eventos deportivos de pequeña y mediana magnitud suelen generar menos costes públicos o impactos negativos para los ciudadanos que los grandes eventos deportivos (Núñez, Calabuig, Añó y Parra, 2014). Es por esta razón que los eventos deportivos como las carreras populares contribuyen a mejorar la participación deportiva de los ciudadanos, así como a mejorar el impacto social del deporte en la ciudad.

Método

Participantes

La población objeto de este estudio han sido los participantes en el Circuito de Carreras Populares de la ciudad de Valencia. Para llevar a cabo la realización de este estudio, se ha considerado oportuno tener en cuenta tanto a los participantes que se inscribieron en todo el circuito como a los que se apuntaron solamente a determinadas pruebas puntuales. Bajo este criterio, la muestra del estudio está formada por un total de 1467 corredores y corredoras de carreras populares de la ciudad de Valencia. Del total de encuestados, 1077 son hombres y 390 son mujeres, lo que representa un 73,42% y un 26,58% respectivamente.

Instrumento

Para el desarrollo de este estudio se elaboró una encuesta dirigida a los participantes en el Circuito de Carreras Populares de la ciudad de Valencia. Esta encuesta estaba formada por un total de 28 preguntas que quedaban encuadradas dentro de 3 bloques diferentes. El primero de ellos (8 preguntas) es el que tiene que ver con la recogida de datos sociodemográficos. Estos datos han sido en primer lugar la edad, seguida de otros aspectos como el género, si son o no residentes de la ciudad de Valencia, en caso de contestar de forma positiva al enunciado anterior indicar el número de años que lleva residiendo, y en caso de contestar negativamente,

cuál es su lugar de procedencia. También se recogió información respecto a elementos como la ocupación, el nivel de estudios que posee y su nivel de ingresos. Esta clase de información de tipo sociodemográfico es muy interesante para completar la identificación del perfil de los participantes de carreras populares, ya que nos aporta datos de una amplia variedad de aspectos de su vida. Además, ofrece la posibilidad de poder realizar comparaciones estadísticas entre los diferentes grupos que se podrían crear, lo que da pie a extraer resultados en mayor profundidad, obteniendo un análisis del perfil del corredor mucho más completo.

El segundo bloque (9 enunciados) tiene que ver con la participación en el Circuito de Carreras Populares de Valencia. Este apartado está formado por cuestiones como el número de años que lleva participando en el Circuito o el número de carreras en las que ha participado en el año actual. También se intenta extraer información acerca de su preferencia en cuanto a la distancia que tienen las carreras, y si el hecho de haber participado en el Circuito le ha servido como punto de inicio para posteriormente dar el salto y acometer carreras de mayor distancia. Por otro lado, se preguntó si aparte de participar en el Circuito habían participado en otras carreras, si tenían preferencia entre unas carreras y otras. Finalmente, se quiso obtener también información acerca de su grado de satisfacción, atendiendo a diversos aspectos que estaban referidos a la organización y al funcionamiento de las carreras del circuito, además de solicitar detalles en cuanto a las intenciones futuras que tendrían respecto al circuito.

El tercer bloque es el referente a los hábitos deportivos de los participantes, y está compuesto por 11 cuestiones: En primer lugar, el número de años que lleva corriendo y frecuencia con la que lo hace de forma semanal. También se quería saber si la persona encuestada tenía vinculación con algún club y por otro lado si además de tener o no esa vinculación, tenía ficha federativa.

Posteriormente, se atendió a aspectos como con quién suelen salir a correr y en qué espacios suelen salir a correr. Finalmente, se preguntó a los encuestados sobre su nivel de satisfacción respecto a las áreas o espacios disponibles en la ciudad de Valencia para salir a correr.

Procedimiento

El procedimiento de recogida de encuestas se desarrolló de forma online mediante la herramienta *LimeSurvey*, una aplicación que permite la creación de encuestas para que posteriormente puedan ser compartidas de forma virtual a través de un link. Existe una clara dificultad para poder recoger una muestra elevada de participantes durante la celebración de las diversas pruebas del circuito, ya que muchos de ellos se encontraban participando en el mismo o recuperándose del esfuerzo, por lo que no es un buen momento para solicitarles responder a una encuesta, por lo que en este tipo de casos la herramienta online es más efectiva. Además, si se dispone de una base de datos amplia, este tipo de procedimiento permite llegar a mucha más gente de la que podríamos encuestar de forma presencial, por lo que resulta relativamente fácil obtener muestras mayores y que el estudio pueda llegar a ser más representativo y generalizable.

Se recogió una muestra de cuestionarios válidos de 1467. Respecto al error muestral, este fue de ± 1.97 para un nivel de confianza del 95% y para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.20, con licencia de la Universidad de Valencia.

Resultados

Se ha llevado a cabo un análisis de las variables que forman el instrumento, de las que se hablaba anteriormente. Para ello, se ha atendido a los estadísticos descriptivos, pero también se ha llevado a cabo estadística inferencial a nivel básico para realizar comparaciones en cuanto a género, que ha sido la variable de comparación elegida. Estas pruebas estadísticas han sido comparación de medias mediante pruebas T para muestras independientes, ya que hombres y mujeres son poblaciones diferentes y pruebas de chi-cuadrado. El primer elemento de análisis ha sido la edad de los corredores. Como se puede apreciar en la Tabla 1, en el caso de los hombres se muestra una edad media de 39.96 años (± 9.69) mientras que, para el caso de las mujeres, estas presentan una media algo inferior (36.69 ± 9.61).

Tabla 1. Edad de los corredores

	N	X	DT
Hombre	1077	39.96	9.69
Mujer	390	36.69	9.61

La siguiente variable contrastada ha sido la frecuencia de práctica deportiva (ver Tabla 2). De sus resultados podemos extraer que los hombres salen a correr de media 2.35 días a la semana ($\pm .70$) mientras que las mujeres lo hacen 2.53 días a la semana ($\pm .71$). Para comprobar si la diferencia de medias mostrada anteriormente puede considerarse o no significativa, realizamos una prueba T para muestras independientes tomando como variable de agrupación el género y como variable de análisis la frecuencia de práctica. Como se puede observar en los resultados que muestra la tabla, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) por lo que podemos afirmar que las mujeres salen a correr con una frecuencia significativamente mayor que los hombres.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos frecuencia práctica

	N	Media	DT	T	Sig.
Hombre	1077	2.35	.70	-4.25	.000
Mujer	390	2.53	.71	-4.21	

Atendiendo ahora a la variable que tiene como propósito recabar información sobre los años que llevan corriendo los participantes (ver Tabla 3) observamos cómo, de media, los hombres llevan corriendo 8.25 años (± 8.75) mientras que en el caso de las mujeres ese valor medio se reduce casi a la mitad ($4,38 \pm 5.08$). Una vez vistos los descriptivos, pasamos a comprobar si las diferencias que existen en las medias generales, que a priori son bastante claras, suponen una diferencia significativa. De nuevo, como ocurría anteriormente, podemos concluir que los hombres y las mujeres tienen una media de antigüedad en la práctica del running significativamente diferente ($p < .001$). Por tanto, enlazando esta información con la comentada anteriormente, podemos ver que los hombres llevan más tiempo practicando esta modalidad deportiva, mientras que las mujeres son en la actualidad las que con más frecuencia salen a correr.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos años corriendo

	N	Media	DT	T	Sig.
Hombre	1077	8.35	8.75	8.26	.000
Mujer	390	4.38	5.08	10.46	

La siguiente variable de estudio que consideramos interesante es conocer si las personas que acuden a participar en eventos como es el caso del Circuito de Carreras Populares de la ciudad de Valencia, forman parte de alguno de los muchos clubes que asisten con regularidad a este tipo de pruebas. En Valencia existen numerosos clubes de corredores, algunos de ellos con un volumen de integrantes muy alto, en el que centenares de participantes acuden a las distintas carreras que se van organizando para representar a su club. Además, no solo acuden a las carreras, sino que organizan entrenamientos comunes e incluso en algunos de ellos los integrantes disponen de servicios como, por ejemplo, el asesoramiento y

la creación de planificaciones de entrenamiento para que los corredores vayan realizando sus rutinas semana tras semana, mejorando sus resultados y haciendo que su club también los mejores. Para este propósito, basta con realizar en primer lugar una tabla cruzada o tabla de contingencia en la que se toman como variables de referencia el género y la pertenencia o no a un club. Como se puede apreciar en la Tabla 4, de los 1077 hombres encuestados, existen 446 que sí pertenecen a algún club mientras que 631 no. En el caso de las mujeres, de las 390 que han participado en la encuesta, 160 pertenecían a algún club y 230 no. Para comprobar si existen diferencias significativas entre los grupos, se ha procedido a realizar un análisis mediante la prueba de chi-cuadrado, en la que como se puede apreciar, no podemos decir que haya diferencias estadísticamente significativas entre el género en cuanto a su pertenencia o no a un club.

Tabla 4. Contingencia sexo pertenencia club

		¿Pertenece a algún club?		Total	χ^2
		Si	No		
Sexo	Hombre	446	631	1077	.18 Sig. .895
	Mujer	160	230	390	
Total		606	861	1467	

Del mismo modo, se ha querido contrastar la situación federativa de los corredores de carreras populares de la ciudad de Valencia. Para ello, al igual que hacíamos anteriormente, se ha generado una tabla de contingencia (ver Tabla 5) para poder apreciar a simple vista la distribución de frecuencias en base al género en este sentido. Como se puede observar, de los 1077 hombres que han participado en el estudio 58 disponen de una ficha federativa, siendo 1019 el número de los que no la tienen. En el caso de las mujeres la tendencia es similar, y de las 390 participantes en la encuesta, 20 ha contestado tener ficha federativa mientras que 370

han respondido que no la tienen. De nuevo, como se puede apreciar en la Tabla 5, no podemos decir que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a si están o no federados ($p > .05$).

Tabla 5. Tabla contingencia ficha federativa

		¿Está federado/a?		Total	χ^2
		Si	No		
Sexo	Hombre	58	1019	1077	.38 Sig. .846
	Mujer	20	370	390	
Total		78	1389	1467	

La siguiente variable de análisis se centra en conocer si los participantes en carreras populares salen a correr solos o acompañados durante la preparación de las pruebas (ver Tabla 6), y en caso de contestar positivamente a la segunda opción, conocer con quién lo hacen. Del total de la muestra masculina ($n=1077$) vemos que 688 de ellos salen a correr solos la mayor parte de las veces, 135 lo hacen saliendo con algunos compañeros del club, 158 con amigos/as, 73 con algún miembro de su familia y 23 con compañeros de estudio o de trabajo. En el caso de las mujeres ($n=390$), vemos como 177 salen a correr en solitario, 62 con compañeros del club, 83 con amigos/as, 60 con algún miembro de la familia y 8 con compañeros de estudios o trabajo. Si atendemos a los valores generales, podemos concluir que de los 1467 encuestados, 865 corredores realizan actividad física en solitario, 197 con compañeros del club, 241 con amigos/as, 133 con familiares y 31 con compañeros bien del ámbito estudiantil o laboral.

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en este sentido entre hombres y mujeres, se ha procedido a realizar una prueba de chi-cuadrado en la que como se puede apreciar, sí que podemos

concluir que hombres y mujeres muestran diferencias significativas en cuanto a con quién salen a realizar *running*.

Tabla 6. Solos o acompañados

Habitualmente, ¿con quién suele correr?						
	La mayor parte de las veces solo/a	Con compañeros del club	Con amigos/as	Con algún miembro de la familia	Con compañeros/as de estudio o trabajo	χ^2
Hombre	688	135	158	73	23	50.05 Sig.000
Mujer	177	62	83	60	8	
Total	865	197	124	133	31	

Respecto al análisis del espacio que utilizan los corredores de carreras populares para salir a entrenar antes de las carreras, en la encuesta se proponían 4 opciones: la primera de ellas es la práctica al aire libre, seguida de la opción de hacer uso de los espacios que ofrecen los gimnasios o instalaciones deportivas. En tercer lugar, se encuentra la opción de realizar ejercicio en casa y, finalmente, en casa o en otros espacios. Atendiendo a una tabla de contingencia creada teniendo en cuenta este aspecto y la comparación en base al género (ver Tabla 7) podemos ver que, del total de hombres, 1048 practican habitualmente al aire libre, siendo 26 aquellos que acuden a un gimnasio o instalación deportiva y tan solo 3 los que utilizan otros espacios. Ninguno de los hombres encuestados entrena en casa. En el caso de las mujeres, 364 responden que el espacio en el que practican deporte es al aire libre, 21 utilizan el gimnasio o instalaciones deportivas, 3 entrenan en casa y 3 en otros espacios alternativos.

Tabla 7. Tabla de contingencia espacios práctica deportiva en base a género

¿En qué tipo de espacio o instalación suele correr?						
		En espacios al aire libre	En un gimnasio o Instalación deportiva	En casa	Otros	χ^2
Sexo	Hombre	1048	26	0	3	17.10
	Mujer	364	21	3	2	Sig.001
Total		1412	47	3	5	

En el análisis de chi-cuadrado llevado a cabo para comprobar si existen diferencias significativas entre los grupos (ver *Tabla 8*) podemos observar que el valor del chi-cuadrado de Pearson es significativo ($p < .01$), por lo que podemos concluir que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a los espacios que eligen para llevar a cabo su práctica deportiva.

La última variable que se ha querido comprobar es la que se encuentra relacionada con la opinión que tienen los corredores y corredoras de carreras populares respecto a los espacios que ofrece la ciudad de Valencia para la práctica del *running*. Para ello, se les preguntaba acerca de su opinión de 1 a 5 siendo 1 el valor más negativo (muy malas) y 5 el más positivo (muy buenas). A nivel descriptivo podemos observar en la *Tabla 8* cómo en el caso de los hombres la media de satisfacción con este tipo de espacios es de 3,96 (+-.82) mientras que para el caso de las mujeres la media es algo inferior, situándose en 3,91 (+-.83).

Tabla 8. Estadísticos descriptivos opinión espacios ciudad

	N	Media	DT	T	Sig.
Hombre	1077	3.96	.82	1.05	.296
Mujer	390	3.91	.83	1.03	

Una vez realizada la prueba T para la comparación de medias, podemos concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tanto hombres como mujeres muestran acerca de los espacios que la ciudad de Valencia ofrece para la práctica del *running* ($p > .05$). Como se observa en los valores descriptivos, las medias de satisfacción en este aspecto se encuentran cercanas a 4, por lo que podemos decir que tanto hombres como mujeres piensan que los espacios que tiene Valencia para llevar a cabo este tipo de actividades son buenos.

Conclusiones

Del estudio que se ha llevado a cabo y cuyos resultados se presentan aquí, se pueden extraer varias conclusiones. La primera de ellas es que los hombres llevan significativamente más tiempo participando en el Circuito de Carreras Populares de Valencia que las mujeres, sin embargo, son ellas las que con más frecuencia salen a correr.

Respecto a la pertenencia a un club, podemos decir que tanto en los hombres como en las mujeres son mayoría los que no forman parte de una entidad. Esta misma tendencia, se observa cuando hablamos de la posesión de licencia federativa, ya que son mayoría (con diferencia más marcada que anteriormente) los que no poseen dicha licencia. No se han encontrado diferencias significativas en base al género en ninguna de las dos cuestiones planteadas.

Atendiendo a con quién practican deporte y dónde lo practican, en primer lugar, encontramos que sí que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo en ambos casos la opción de salir en solitario la más elegida. En el segundo caso también existen diferencias, apareciendo de nuevo en ambos casos una opción mayoritaria común a hombres y mujeres como es la práctica de deporte al aire libre.

Respecto a la satisfacción con los espacios que ofrece la ciudad de Valencia para la práctica del *running*, no encontramos diferencias significativas en la opinión en base al género, obteniendo en ambos casos una media de satisfacción cercana a 4, lo que quiere decir que consideran que los espacios deportivos de la ciudad son buenos.

Agradecimientos

Estudio financiado por la Fundación Deportiva Municipal de Valencia.

Referencias bibliográficas

Alguacil, M., Pérez-Campos, C., Berenguer, S. A. y Boquera, J. (2016). ¿La celebración de un evento promociona la ciudad como destino turístico entre los deportistas? Revista *Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 5, 123-136.

Añó, V. (2010). *Passió per l'Esport. De la Pràctica als gran esdeveniments*, PUV, Valencia.

Añó, V. (2014). La organización de eventos deportivos en tiempos de crisis. La percepción de los residentes de las ciudades organizadoras. En Llopis, R. (director). *Crisis, cambio social y deporte*, Nau Llibres, Valencia.

Añó, V., Calabuig, F. y Parra, D. (2012). Impacto Social de un gran evento deportivo: el Gran Premio de Europa de Fórmula 1. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 7(19), 53-65.

Calabuig, F., Parra, D., Añó, V. y Ayora, D. (2014). Análisis de la percepción de los residentes sobre el impacto cultural y deportivo de un Gran Premio de Fórmula 1. *Movimento*, 20(1), 261-280.

Llopis, R. y Llopis, D. (2012). Una tipología sociocultural de los corredores populares en España. *Apunts, Educación Física y Deportes*, 108, 9-16.

Núñez, J. M., Calabuig, F., Añó, V. y Parra, D. (2014). Public perception of costs associated with major sporting events. En: Alonso Dos Santos, M. (Ed.). *Strategies in Sports Marketing: Technologies and Emerging Trends* (pp. 1-15). IGI Global.

Parra, D., Calabuig, F., Añó, V., Ayora, D. y Nuñez, J. (2014). El impacto de un evento deportivo mediano: percepción de los residentes de la comunidad de acogida. *Retos, Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 1(26), 88-93.

Parra, D., Ayora, D., Calabuig, F. y Añó, V. (2014). Relación entre la calidad de vida y la percepción de los residentes sobre el legado socio-económico de un evento deportivo. En: Espitia, M. A., García, L. I., Muñoz, A., Serrano, R. y Gutiérrez, J. (Eds). *El deporte: dinamizador económico* (pp. 37-40). Zaragoza: Copy Center Digital.

Zarauz, A. y Ruiz-Juan, F. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Running Addiction Scale (RAS). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 967-976.

Variables sociodemográficas relacionadas con la inteligencia emocional de las enfermeras

(Sociodemographic variables related to the emotional intelligence of the nurses)

Por María del Carmen Giménez-Espert⁴⁴, Mario Alguacil-Jiménez⁴⁵ y David Parra-Camacho⁴⁶

Resumen

La habilidad de las enfermeras para controlar sus propias emociones, detectar, interpretar y manejar correctamente las emociones de los demás, es decir la inteligencia emocional (IE), es fundamental para poder identificar las necesidades de la otra persona y prestar una atención individualizada (Augusto Landa, Lopez-Zafra, Berrios Martos y Aguilar-Luzon, 2006), constituyéndose piedra angular del cuidado enfermero (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste y Behrens, 2009). La necesidad de estudiar la IE en las enfermeras se justifica entre otros por su influencia en el desarrollo de: habilidades para construir relaciones, habilidades de comunicación, mejora de la autoconciencia y la habilidad para mostrar empatía (Hurley, 2008).

Además, es importante destacar que la respuesta emocional suele ser diferente en hombres y en mujeres. Las mujeres prestan mayor atención a

⁴⁴Profesora Grado Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea Valencia C/ General Elio, 8. 46010. Valencia. Contacto: carmen.gimenez@universidadeuropea.es.

⁴⁵Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. C/ Sagrado Corazón, 5. 46110. Godella (Valencia). Contacto: mario.alguacil@ucv.es.

⁴⁶Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. C/ Sagrado Corazón, 5. 46110. Godella (Valencia). Contacto: david.parra@ucv.es.

sus emociones y, por tanto, son más receptivas a medidas de apoyo emocional; por el contrario el hombre suele prestarles menor atención (Ickes, Gesn y Graham, 2000). Estos aspectos son de gran relevancia para las enfermeras, ya que aunque cada vez hay más hombres, es todavía una profesión altamente feminizada (Grover, 2005). Sin embargo, a pesar de su importancia los estudios que encontramos en el campo enfermero son limitados (Kooker, 2007). Estas razones guían los objetivos de nuestra investigación que por un lado pretende determinar los niveles de IE en una muestra de 102 enfermeras españolas y, por otro lado, estudiar la influencia de variables sociodemográficas como el sexo, en los niveles de IE de nuestra muestra de estudio.

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo correlacional para evaluar las propiedades psicométricas del TMMS-24. Esto se realizó en una muestra de 102 enfermeras de 2 hospitales españoles de Valencia (España). Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, Versión 22), el programa EQS (*Structural Equation Modeling Software*, Versión 6.2), el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006).

Los resultados indicaron que los niveles de IE de la muestra de estudio se consideraron medio altos y no existían diferencias en los niveles de IE función del sexo.

En primer lugar, el estudio apoya el uso del TMMS-24 en el contexto de la enfermería española. En segundo lugar, la evaluación de la práctica actual puede conducir a determinar las necesidades de formación y evaluar la eficacia de dichas intervenciones. Finalmente, la existencia de diferencias en función de variables sociodemográficas puede establecer diferentes orientaciones en los planes de formación sobre IE en las enfermeras españolas.

Palabras clave: Enfermeras; Inteligencia Emocional; Niveles; TMMS-24

Abstract

The ability of nurses to control their own emotions, detect, interpret and correctly manage the emotions of others, i. e. emotional intelligence (EI), is

fundamental to be able to identify the needs of the other person and provide individualized attention (Augusto Landa, Lopez-Zafra, Berrios Martos, & Aguilar-Luzon, 2006), constituting the cornerstone of nursing care (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens, 2009). The need to study EI in nurses is justified among others by its influence on the development of: relationship building skills, communication skills, improved self-awareness and the ability to show empathy (Hurley, 2008).

In addition, it is important to note that the emotional response tends to be different in men and women, women pay greater attention to their emotions and are therefore more receptive to emotional support measures, whereas men tend to pay less attention to them (Ickes, Gesn, & Graham, 2000). These aspects are of great relevance to nurses, since although there are more and more men, it is still a highly feminized profession (Grover, 2005). However, despite their importance, the studies we find in the nursing field are limited (Kooker, 2007). These reasons guide the objectives of our research, on the one hand it aims to determine the levels of EI in a sample of 102 Spanish nurses and, on the other hand, to study the influence of socio-demographic variables such as sex on the levels of EI in our study sample.

A correlational descriptive study design was used to assess the psychometric properties of TMMS-24. This was done in a sample of 102 nurses from 2 Spanish hospitals in Valencia (Spain). SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 22), EQS (Structural Equation Modeling Software, Version 6.2), FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006) was used for statistical analysis of the data.

The results indicated that EI levels in the study sample were considered medium high and there was no difference in EI levels based on sex function.

First, the study supports the use of TMMS-24 in the context of Spanish nursing. Secondly, the evaluation of current practice may lead to the identification of training needs and the evaluation of the effectiveness of such interventions. Finally, the existence of differences according to socio-demographic variables may establish different orientations in EI training plans for Spanish nurses.

Keywords: Nurses; Emotional Intelligence; Levels; TMMS-24

Introducción

La Enfermería contempla los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo siempre presentes en el comportamiento humano, así como la relación con su entorno, se ocupa del estudio de la respuesta del paciente, desde una concepción integral del individuo. En este sentido, la habilidad de las enfermeras para controlar sus propias emociones, detectar, interpretar y manejar correctamente las emociones de los demás, es decir la inteligencia emocional (IE), es fundamental para poder identificar las necesidades de la otra persona y prestar una atención individualizada (Augusto Landa, Lopez-Zafra, Berrios Martos y Aguilar-Luzon, 2006), constituyéndose piedra angular del cuidado enfermero (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste y Behrens, 2009).

De igual manera, estudiar la IE es relevante, y más en las enfermeras (Caruso, Mayer y Salovey, 2008), que continuamente interactúan con los pacientes y familiares. La inteligencia emocional es una habilidad clave para las enfermeras en la atención al paciente y tiene consecuencias importantes para ambos. La IE permite a las enfermeras reconocer, entender y regular las emociones y las de los demás, discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar pensamientos y acciones. La IE de una persona puede constituir un mejor predictor de la eficiencia laboral y social que la inteligencia cognitiva (Reeves, 2005). La emoción nutre e informa a la mente racional, siendo la mente emocional la que proporciona energía a la parte racional para que ordene el comportamiento de las emociones (Goleman, 1996). Según este autor, el sentimiento es anterior al pensamiento, por lo que la emoción se genera antes que la razón, siendo esta última la que elaboraría la respuesta más adecuada. Así pues, estudiar las emociones es fundamental para comprender la relación del individuo con su entorno y sus conductas (Goleman, 1996). La necesidad de estudiar la IE en las enfermeras se justifica entre otros por su influencia en el desarrollo de: habilidades para construir relaciones, habilidades de comunicación, mejora de la autoconciencia y la habilidad para mostrar empatía (Hurley, 2008).

Dada la importancia de la IE en las enfermeras, estudiaremos los modelos más importantes para su medición.

Modelos para medir IE

Mayer y Salovey (1990) definen la IE como la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar esta información para guiar los pensamientos y acciones. Esta definición asume que la IE es una habilidad que comprende 3 procesos: percepción, comprensión y regulación de las emociones (Reeves, 2005).

a) Percepción, valoración y expresión de la emoción, que conlleva la identificación de las emociones propias y las de los demás, y la capacidad para expresarlas.

b) Comprensión y análisis de las emociones, que permite etiquetarlas y comprender las relaciones entre ellas, así como la situación que las ha generado.

c) Regulación de las emociones, es la habilidad para regular o controlar las propias emociones (positivas y negativas) y las de los demás.

El modelo de IE definido por estos autores se incluye en los modelos de habilidad, el modelo de habilidad se centra exclusivamente en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2001).

Otro autor que define la IE es Daniel Goleman, que adapta el modelo de Mayer y Salovey en una forma algo similar y define la IE como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivar a nosotros mismos, y para manejar bien las emociones en nuestras relaciones. Goleman (1996) publicó "Inteligencia Emocional" y afirmaba que la IE era más importante que la inteligencia convencional (IQ) en el éxito del desarrollo humano y organizacional. Sostuvo que la mayoría de las competencias que necesitan los líderes exitosos caen en el ámbito de la IE. Su marco tiene cinco ramas: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales (Goleman, 2004)

- Autoconciencia: La autoconciencia es tener una profunda comprensión de las emociones de uno mismo, fortalezas, debilidades y necesidades. Son personas realistas, honestas consigo mismo y con los demás. Reconocen cómo sus sentimientos les afectan así mismo y a los demás, así como a su actividad laboral. Las personas que tienen esta carac-

terística son conscientes de sus fortalezas y debilidades, y están abiertas a la retroalimentación sincera de los demás, y a aprender de las experiencias pasadas.

- **Autorregulación:** Es el manejo de las emociones de manera que no interfieran en la actividades diarias. Se manifiesta con la ausencia de arrebatos emocionales perturbadores. Es el componente de la IE que nos libra de sentirnos prisioneros de nuestros sentimientos. Las personas implicadas en una conversación pueden experimentar sentimientos negativos e impulsos emocionales. Las personas con autorregulación encuentran vías de control e incluso maneras de redirigirlos de forma adecuada.

- **Motivación:** La motivación es la tendencia emocional que guía o facilita llegar a metas. Ayuda a tomar la iniciativa y nos permite mejorar y perseverar frente a las contrariedades y frustraciones. Las personas con un alto nivel de motivación fácilmente hacen una evaluación realista de una contrariedad y evitan la adopción de una actitud derrotista.

- **Empatía:** Es la capacidad de ser consciente de los sentimientos de los demás y tener en cuenta su perspectiva. Las personas rara vez dicen lo que sienten, es más habitual llegar a los sentimientos de las personas a través de señales no verbales, como el tono de voz y la expresión facial. La capacidad de detectar estos aspectos de la comunicación no verbal depende de la autoconciencia y de la autorregulación. Por otra parte, la empatía implica ser capaz de cultivar relaciones con personas de diversos ámbitos, independientemente de su sexo, raza o nacionalidad.

- **Habilidades sociales:** Esto implica el manejo adecuado de las emociones en las relaciones sociales. Una persona con buenas habilidades sociales también será capaz de interactuar cómodamente con los demás y persuadir, liderar, negociar y resolver diferencias para la cooperación y el trabajo en equipo. Es esta habilidad de generar respuestas deseables en otros la que hace a la persona un buen líder.

Goleman (1998) afirma que la IE facilita buenas habilidades comunicativas y capacidad de interacción, tanto interna como externamente, así como a través de distintas culturas. La IE es la capacidad de interpretar y comunicar información emocional (Goleman, 1998), el sentido de la intuición, la conciencia, la comprensión, y las habilidades sociales en términos de la capacidad de comunicarse y construir buenas relaciones tanto con los pacientes y como con los compañeros de trabajo.

Por último, Bar-On (Bar-On, 2006) conceptualiza la inteligencia emocional como un conjunto de rasgos y habilidades de la personalidad que predicen la adaptación emocional y social en el entorno. Las competencias emocionales y sociales a las que se hace referencia en esta conceptualización incluyen los siguientes componentes clave:

- La habilidad de reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos.

- La habilidad de entender cómo se sienten los demás y relacionarse con ellos.

- La habilidad de gestión y control de las emociones.

- La habilidad de gestionar, cambiar, adaptarse y resolver problemas de naturaleza personal e interpersonal.

- La habilidad de generar afecto positivo y estar automotivado.

Este modelo de inteligencia emocional-social incluye una serie de competencias emocionales y sociales interrelacionadas, habilidades y facilitadores que determinan nuestra capacidad para expresarnos, comprender a los demás y relacionarnos con ellos, haciendo frente a las demandas de la vida diaria. Todo ello se basa en la habilidad intrapersonal de ser consciente de sí mismo, para entender sus fortalezas y debilidades, para expresar los sentimientos y pensamientos de forma constructiva. En el plano interpersonal, comprende la capacidad de ser consciente de los demás, de sus emociones, sentimientos y necesidades, estableciendo relaciones de cooperación, constructivas y de satisfacción mutua.

En resumen, los modelos de IE que propone la bibliografía son tres: Mayer y Salovey, Bar-On y Goleman. Salovey y Mayer (1990) propusieron el “modelo de habilidad”, siendo la IE relacionada con la habilidad cognitiva, por lo que las emociones son una fuente de información que utilizamos para tomar decisiones sobre el mundo social. Por el contrario, Bar-On (1997) presenta un “modelo rasgo/personalidad”, lo que sugiere que la IE se relaciona con la personalidad y está separada de la inteligencia cognitiva. Goleman propone un modelo de “habilidad mixta”, alegando que la IE se refiere tanto a la personalidad y a la capacidad cognitiva.

Modelo	Modelo de Personalidad	Modelo de habilidad	Modelo Mixto
Definición de IE	IE es una función de la personalidad. Facilitadores sociales y emocionales que influyen en la conducta (Bar-on 2006).	IE es una habilidad. "La capacidad de percibir y expresar emociones, asimilar la emoción en el pensamiento, entender y razonar con emoción, y regular las emociones en uno mismo y en los demás" (Mayer 1990)	IE es una habilidad y una función de la personalidad. "La capacidad para reconocer nuestra propios sentimientos y los de los demás, para la gestión de las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones" (Goleman 1996)
Contexto de origen	Salud Comunitaria	Psicología cognitiva	Desarrollo organizacional
Instrumentos de medición	EQ-j Emotional Quotient Inventory	Mayer-Salovey-Caruso El Test MSCEIT Trait Meta-Mood Scale (TMMS) Salovey et al (1995) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995) adaptado al español por Fernández-Berrocal (2004) (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004).	Emotional Competence Inventory ECI
Componentes variables de la IE	Asertividad Flexibilidad Autoconciencia Afrontamiento del estrés Autoestima Control de impulsos Solución de problemas Empatía	Emociones percibidas Emociones usadas Emociones comprendidas Emociones reguladas	Autoconciencia Autogestión Empatía Autocontrol Adaptabilidad Autoconfianza Colaboración Liderazgo Comunicación Iniciativa

Elaboración propia

De los tres modelos de IE anteriormente enunciados para nuestro estudio utilizaremos el modelo de habilidad de Mayer y Salovey, ya que nos ofrece una visión más práctica y sencilla, al considerar la IE como una inteligencia basada en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación a nuestro pensamiento, es decir, permite utilizar las emociones para un razonamiento más efectivo (Berrocal y Pacheco, 2005). Además, se acompaña de instrumentos de medición con adecuadas propiedades psicométricas que previamente se han usado en el ámbito enfermero.

Una vez analizados los modelos teóricos más importantes para estudiar la IE, es importante destacar que la respuesta emocional suele ser diferente

en hombres y en mujeres. Las mujeres prestan mayor atención a sus emociones y, por tanto, son más receptivas a medidas de apoyo emocional; por el contrario el hombre suele prestarles menor atención (Ickes, Gesn y Graham, 2000). Estos aspectos son de gran relevancia para las enfermeras, ya que aunque cada vez hay más hombres, es todavía una profesión altamente feminizada (Grover, 2005). En el siguiente apartado se describirán las variables sociodemográficas que influyen en los niveles de IE.

Variables sociodemográficas e IE

Consideradas los modelos de medición de IE, existen otras variables sociodemográficas que pueden afectar a los niveles de IE de las enfermeras como: la edad, sexo, experiencia profesional. Por ello, a continuación se considera necesario describir el rol que desempeña el sexo de la persona en estas relaciones.

En general, las mujeres prestan mayor atención a sus emociones y, por tanto, son más receptivas a medidas de apoyo emocional (Hojat, Gonnella y Xu, 1995; Ickes, Gesn y Graham, 2000). Esta capacidad de las mujeres de prestar mayor atención a las emociones, es un importante recurso para las enfermeras ya que permite una mayor conciencia de los sentimientos propios y de los demás, lo cual se relaciona con la IE. Como consecuencia, se puede afirmar que los niveles de IE se ven influidos por el sexo, siendo más significativo el apoyo brindado por la mujer (Christenfeld y Gerin, 2000).

Estas diferencias se reflejan en estudios como el de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), donde se comprueban diferencias en la IE entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes mostraban una mayor atención y focalización hacia sus sentimientos. Estos hallazgos sugieren el rol tan importante que desempeñan las enfermeras, al ser en su mayoría mujeres, en los cuidados que prestan a los pacientes (Hojat, 2012).

Método

Participantes y diseño

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo correlacional para evaluar las propiedades psicométricas del TMMS-24. Esto se realizó en una muestra de 102 enfermeras de 2 hospitales españoles de Valencia (España). Los criterios de inclusión eran enfermeras laboralmente activas (temporal, interino o fijo) en los centros seleccionados que previamente habían dado su consentimiento informado para participar. La edad de los participantes osciló entre 22 y 64 años ($M=44.13$; $SD=11.58$), y el 75.6% eran mujeres (78).

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, Version 22*) con licencia de la Universidad de Valencia, el programa EQS (*Structural Equation Modeling Software, Versión 6.2*) y el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006).

Variables e instrumento

El instrumento utilizado para el estudio fue el Meta-Mood Scale Rasgo (TMMS-24), escala de 24 ítems versión española, adaptación de Fernández-Berrocal et al. (2004). Esta escala evalúa a través de 24 ítems los niveles de IE y presenta tres dimensiones: atención emocional, (8 ítems) ($\alpha=.90$) engloba las creencias o percepciones que tienen los sujetos sobre su capacidad de atención y valoración de sus sentimientos; claridad emocional, (8 ítems) ($\alpha=.90$) incluye la comprensión y análisis de las emociones; y la reparación emocional (8 ítems) ($\alpha=.86$) es la habilidad para controlar o regular las propias emociones (positivas o negativas) y las de los demás. Todos los alfa de Cronbach estaban por encima de .85. En nuestro estudio, al igual que en otros estudios (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2014), el instrumento presentó adecuadas propiedades psicométricas.

Procedimiento

Una vez seleccionados los centros, se contactó con sus respectivos Comités Éticos para la Investigación Clínica (CEIC). Se cumplimentaron las solicitudes de acuerdo a procedimiento específico, adjuntando el proyecto de investigación, una copia del cuestionario, modelo de compromiso de confidencialidad y del consentimiento informado. Tras obtener la autorización del CEIC, se contactó con la Dirección de Enfermería y Supervisores de Docencia, y con los supervisores de cada servicio, a los que se les remitió un informe del proyecto así como una copia del cuestionario, del compromiso de confidencialidad y del consentimiento informado. Una vez se obtuvo la autorización de los supervisores de enfermería, se informó a las enfermeras de cada una de las unidades sobre el estudio y se depositaron los cuestionarios. Las enfermeras cumplimentaron los cuestionarios y los depositaron en las urnas/sobre localizados para tal efecto en los diferentes servicios. La cumplimentación del instrumento tuvo una duración aproximada de 15 minutos. Una vez entregados los cuestionarios, a las dos semanas se enviaron correos recordatorios y pasadas 3 semanas se procedió a la recogida de los instrumentos cumplimentados. La fase de recogida de datos tuvo una duración de enero a marzo de 2017.

Resultados

Las dimensiones de la escala TMMS24 mostraron valoraciones medias similares destacando la de claridad emocional ($M=3.84$; $DT=.69$) y la de reparación emocional ($M=3.82$; $DT=.77$), seguida de la de atención emocional ($M=3.58$; $DT=.77$).

En la Tabla 1 se mostraron los promedios según el sexo de los ítems que integraron cada una de las dimensiones de la escala original de TMMS-24. Como pudimos observar, no existieron diferencias estadísticamente significativas según el sexo en ninguna de las dimensiones de la escala.

Tabla 1. Promedio de los ítems de las dimensiones de escala original TMMS-24 según el sexo

Ítems	Mujer (DT)		Hombre (DT)		T	p valor	Efecto
	M	T ^D	M	DT			
TMMS24							
Atención Emocional (8 ítems)	27.60	5.55	27.38	5.47	.33	.74	-
Claridad Emocional (8 ítems)	30.60	5.50	30.65	5.52	-.06	.95	-
Reparación Emocional (8 ítems)	31.40	5.45	31.48	5.69	-.13	.90	-

*Nota. . *p≤.05; **p≤.01; M= Media; DT= Desviación Típica; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.*

Finalmente, podemos afirmar que los resultados indicaron que los niveles de IE de la muestra de estudio se consideraron medio altos y no existían diferencias en los niveles de IE función del sexo.

Discusión

En línea con los objetivos planteados, se procedió a analizar las propiedades psicométricas del TMMS24. En la escala de TMMS24, tras la aplicación de los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio se eliminaron cinco ítems de la propuesta original. De este modo, el modelo final para la escala TMMS24 está compuesto por 19 ítems distribuidos en tres dimensiones: atención emocional (5 ítems), claridad emocional (8 ítems) y reparación emocional (6 ítems). Los niveles de inteligencia emocional de la muestra de enfermeras, medida mediante el TMMS24 versión española, muestran unos niveles medio altos, destacando la dimensión claridad emocional (M=3.84; DT=.69) y la de reparación emocional (M=3.82; DT=.77), seguida de la de atención emocional (M=3.58;

DT=.77). Estos resultados sugieren que la dimensión atención emocional es la que presenta los menores niveles, aspecto a destacar ya que como se indica en estudios como el de Gohm, (2003) los niveles moderados de atención emocional, son indicativos de una mayor eficiencia emocional. Estos resultados están en la misma línea de otros estudios publicados que utilizaron el mismo instrumento, donde las enfermeras presentaban niveles adecuados en las tres dimensiones, percepción emocional, claridad y reparación (Limonero et al., 2004; Augusto Landa et al., 2006; Aradilla-Herrero et al., 2014).

Respecto a la influencia de las variables sociodemográficas en los niveles de IE, futuras investigaciones deberían ahondar sobre estos datos, debido a que en la literatura se encuentran estudios (Fernandez-Berrocal et al., 2004; van Dusseldorp, et al., 2011) que comprueban que existen diferencias en la IE entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes mostraban una mayor atención y focalización hacia sus sentimientos. Uno de los motivos por los que podría explicarse es por una mayor proporción de mujeres que de hombres en la muestra, aspecto bastante habitual en el contexto enfermero (Chan, Creedy, Chua y Lim, 2011).

En conclusión, podemos afirmar en primer lugar que el estudio apoya el uso del TMMS24 en el contexto de la enfermería española. En segundo lugar, la evaluación de la práctica actual puede conducir a determinar las necesidades de formación y evaluar la eficacia de dichas intervenciones. Por último, la existencia de diferencias en función de variables sociodemográficas puede establecer diferentes orientaciones en los planes de formación sobre IE en las enfermeras españolas.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las enfermeras que participaron su colaboración en la cumplimentación del cuestionario.

Referencias

- Augusto Landa, J. M., Berrios-Martos, M. P., López-Zafra, E. y Aguilar Luzón, M. C. (2006). Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 479-493.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2014). Perceived emotional intelligence in nursing: Psychometric properties of the trait Meta-Mood scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 955-966. doi:http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12259
- Baron, R. M. (2006). The bar-on model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25.
- Berrocal, P. F. y Pacheco, N. E. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de mayer y salovey. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 54, 63-94.
- Caruso, D., Mayer, J. y Salovey, P. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits?. *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Chan, M. F., Creed, D. K., Chua, T. L. y Lim, C. C. (2011). Exploring the psychological health related profile of nursing students in singapore: A cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3553-3560. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03807.x
- Christenfeld, N. y Gerin, W. (2000). Social support and cardiovascular reactivity. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 54(5), 251-257.
- Daniel, G. (1996). La inteligencia emocional. Kairós: Barcelona.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: Un estudio preliminar. *Revista Electrónica De Motivación y Emoción*, 4, 1-15.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the trait meta-mood scale 1, 2. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K. y Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17(5), 339-353. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1
- Goleman, D. (2004). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 82(1), 82-91.
- Gohm, C. L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: Individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 594-607.
- Grover, S. M. (2005). Shaping effective communication skills and therapeutic relationships at work: The foundation of collaboration. *AAO-HN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53(4), 177-182.
- Hojat, M., Gonnella, J. S. y Xu, G. (1995). Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: A follow-up study of jefferson medical college graduates. *Academic Medicine*, 70(4), 305-312.
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, Desarrollo, Medición y Resultados*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Hurley, J. (2008). The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(5), 379-385. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01243.x

Ickes, W., Gesn, P. R. y Graham, T. (2000). Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Personal Relationships*, 7(1), 95-109.

Kooker, B. M., Shoultz, J. y Codier, E. E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 23(1), 30-36.

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

Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: a computer program to fit the exploratory Factor Analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers*, 38(1), 88-91. doi: 10.3758/BF03192753.

Reeves, A. (2005). Emotional intelligence: Recognizing and regulating emotions. *AAOHN Journal*, 53(4), 172-176.

Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.

Van Dusseldorp, L. R. L. C., Van Meijel, B. K. G., & Derksen, J. J. L. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x

Estados de ánimo y quejas somáticas durante la adolescencia: un estudio descriptivo

(Moods and somatic complaints during adolescence: a descriptive study)

Por Tamara Jiménez-Rodríguez⁴⁷, Celia de Jorge⁴⁸ y Alicia Tamarit⁴⁹

Resumen

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez, una etapa donde se producen cambios que afectan al bienestar psicológico del adolescente. Las quejas somáticas constituyen un problema frecuente durante la adolescencia y son sensaciones desagradables que se perciben de manera subjetiva en el cuerpo y sin una causa médica clara. Otra variable psicológica a tener en cuenta durante esta etapa son los estados de ánimo, siendo estados afectivos globales que aparecen sin una razón aparente, tienen una intensidad baja y una duración incierta. El objetivo de la investigación fue analizar los estados de ánimo y las quejas somáticas durante la adolescencia, teniendo en cuenta el sexo y la edad.

Los participantes fueron 1202 adolescentes, entre 12 y 15 años ($M = 13.44$; $DT = 1.10$), procedentes de distintos centros educativos de la Comunidad Valenciana. Se utilizaron el Cuestionario de Estados de Ánimo (MOOD) y el Listado de Quejas Somáticas (SCL). El análisis de los datos

⁴⁷Estudiante de Doctorado Investigación en Psicología en la Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: tamara.j.r.85@gmail.com.

⁴⁸Estudiante de Grado en Psicología. Universitat de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: cedejor@alumni.uv.es.

⁴⁹Estudiante de Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: aliciatamaritchulia@gmail.com.

se llevó a cabo con SPSS, mediante descriptivos, pruebas T y ANOVA.

Los resultados indicaron que existen diferencias significativas respecto al sexo, siendo las chicas quienes puntúan más alto en tristeza, miedo y quejas somáticas. Respecto a la edad, los resultados muestran diferencias significativas en tristeza, enfado, felicidad y quejas somáticas.

Es importante atender a los estados de ánimo negativos durante la adolescencia, dada la influencia que tienen sobre el bienestar psicológico. Así como a las quejas somáticas, que pueden ser indicativas de situaciones de estrés que estén experimentando los adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia; Quejas Somáticas; Estados De Ánimo

Abstract

Adolescence is a transitional stage between childhood and adulthood, which pose a variety of challenges for adolescents and affect their psychological well-being. Somatic complaints are described as unpleasant subjective sensations in body, with no medical origin and representing a common health problem in adolescents. Moreover, mood state plays a central role in adolescence, which is studied as our psychological variable. During this evolutionary state, mood state occurs with no apparent reason, with an uncertain duration, global affecting and having a low-level intensity. The aim of the present study was to analyze the relationship between mood state and somatic complaint in adolescents, including age and sex as mainly variables.

The participants were 1202 adolescents aged 12 and 15 years ($M= 13.44$; $SD= 1.10$), enrolled in educational schools from Valencia, Castellón and Alicante. They were evaluated through the Mood Questionnaire (MOOD) and List of Somatic Complaints (SCL). Data analysis was performed with SPSS program, through descriptive statistics, t-test and ANOVA.

Results show statistically significant differences according to sex, especially girls, who show highest levels of angry, fear and somatic complaints. Regarding age, results show statistically significant differences in angry, sadness, happiness and somatic complaints.

In conclusion, negative mood state should be detected and controlled during adolescence, because of its impact in their psychological well-being. Therefore,

the prevention of stress in adolescents requires a special awareness in somatic complaints, which seem to be a valuable stress indicator.

Keywords: *Adolescence; Somatic Complaint; Mood State*

Introducción

La adolescencia es un período crítico donde se producen numerosos cambios físicos y emocionales (Boro y Dhanalakshmi, 2014) que pueden incidir en el bienestar psicológico durante esta etapa (Rey, Extremera y Pena, 2011; Zaff, 2016). Estudiar y comprender los procesos que suceden durante la adolescencia pueden ayudar a predecir un desarrollo saludable y satisfactorio del adolescente (Proctor, Linley y Maltby, 2009).

Los estados de ánimo son estados afectivos difusos que aparecen sin una razón específica, como si fueran reminiscencias de emociones, y no están motivados por estímulos concretos (Górriz, Prado-Gascó, Villanueva, Ordóñez y González, 2013; Reeve, 2003; Siemer, 2009; Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009). Se considera que los estados de ánimo tienen una función importante en el ajuste personal y social, la salud física, la socialización y la resolución de problemas (Bisquerra, 2012; Rieffe, Meerum-Terwogt y Bosch, 2004). Los estados de ánimo han sido relacionados con problemas psicósomáticos, quejas somáticas, síntomas de ansiedad y depresión, conciencia emocional, estilos educativos, adaptación, entre otras (Górriz et al., 2013; Lahaye, Luminet, Van Broeck, Bodart y Mikolajczak, 2010; Montoya-Castilla, Postigo, Prado-Gascó y Pérez-Marrín, 2018; Montoya-Castilla, Prado-Gascó, Villanueva, González, 2016; Villanueva, Prado-Gascó, González y Montoya, 2014).

Las quejas somáticas son sensaciones o percepciones desagradables que se experimentan subjetivamente en el cuerpo y donde no siempre se encuentra una etiología orgánica (Ruchkin y Schwab-Stone, 2014; Van Gils, Janssens y Rosmalen, 2014). Por ello, existe una atención creciente hacia factores psicológicos que puedan estar relacionados con su aparición (Rieffe et al., 2009). Las quejas somáticas han sido relacionadas con la conciencia emocional, los estados de ánimo, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, las estrategias de adaptación, la socialización, en-

tre otras (Mazzone y Camodeca, 2017; Parr, Zeman, Braunstein y Price, 2016; Villanueva, Prado-Gascó y González, 2016).

Se considera que los síntomas molestos y duraderos pueden interferir en el desarrollo psicosocial y en el funcionamiento diario (Freyler, Kohegy, Köteles, Kökönyei y Bárdos, 2013; Ruchkin y Schwab-Stone, 2014). Del mismo modo, la presencia de estados de ánimo como la ira, la tristeza y el miedo, pueden relacionarse con niveles altos de estrés que pueden producir síntomas somáticos (Rieffe, Meerum Terwogt y Jellesma, 2008; Rieffe et al., 2010).

Respecto a las diferencias en sexo, se observa que las chicas presentan más estados de ánimo negativos tales como la tristeza, el miedo, la preocupación y la ansiedad, y que los chicos presentan puntuaciones más altas en felicidad, hostilidad, irritabilidad y enfado (Chaplin y Aldao, 2013; Folk, Zeman, Poon y Dallaire, 2014; Michels et al., 2012; Quiceno y Vinnaccia, 2014; Stringaris, Maughan, Copeland, Costello y Angold, 2013). En cuanto a las quejas somáticas se ha observado que las chicas presentan mayores niveles que los chicos (Górriz, Prado-Gascó, Villanueva y González, 2015; Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012).

Atendiendo a la edad, se observa que a mayor edad menor son los estados emocionales negativos como la tristeza y el miedo, así como las quejas somáticas, que disminuyen cuanto mayor es la felicidad (Hart, Hodgkinson, Belcher, Hyman y Cooley-Strickland, 2013; Rieffe et al., 2010; Stanford, Chambers, Biesanz y Chen, 2008; Villanueva et al., 2014).

Teniendo en cuenta los trabajos previos, el objetivo de la presente investigación es estudiar los estados de ánimo y las quejas somáticas durante la adolescencia teniendo en cuenta el sexo y la edad.

Método

Participantes

Participaron 1202 adolescentes, escolarizados entre 1º y 4º de E.S.O. en distintos centros educativos de la Comunidad Valenciana. Del total de participantes, 601 eran chicas (50%) y 601 eran chicos (50%), con edades comprendidas entre los 12 y 15 años ($M = 13.44$; $DT = 1.10$).

Variables e Instrumentos

Por un lado, se utilizó el Cuestionario de Estados de Ánimo (MOOD; Rieffe et al., 2004; adaptado y validado en población española por Górriz et al., 2013) para evaluar los estados de ánimo, así como su frecuencia en los adolescentes. Este autoinforme está formado por 20 ítems, con tres alternativas de respuesta (1=No es verdad; 2=A veces; 3=Es verdad). Evalúa los estados emocionales experimentados en las últimas cuatro semanas en niños y adolescentes (8-16 años de edad). Del total de ítems, 16 de ellos representan cuatro estados de ánimo: Miedo (4 ítems), Tristeza (4 ítems), Felicidad (4 ítems) y Enfado (4 ítems). Los cuatro restantes son ítems adicionales de distracción. La fiabilidad de las escalas se ha mostrado adecuada: Tristeza $\alpha=.69$, Miedo $\alpha=.69$, Enfado $\alpha=.78$, y Felicidad $\alpha=.76$.

Por otro lado, se utilizó el Listado de quejas somáticas (SCL; Jellesma, Rieffe y Meerum-Terwogt, 2007; adaptado y validado en población española por Górriz et al., 2015) con el fin de evaluar la frecuencia de las quejas somáticas de los adolescentes. Dicho cuestionario evalúa la frecuencia con la que los niños experimentan dolor en las últimas cuatro semanas, y se puede aplicar entre los 8 y 16 años. Está formado por 11 ítems, con tres alternativas de respuesta (1 = Nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo) ofreciendo una puntuación global de la frecuencia de quejas somáticas. La fiabilidad es adecuada, con un Alpha de Cronbach de .83.

Procedimiento

En primer lugar, se elaboró el cuadernillo de evaluación. A continuación, se contactó con los centros interesados. El cuadernillo y la documentación se envió a Consellería de Educación para su aprobación. Tras la aprobación se solicitó a los padres y madres el consentimiento informado para la participación de sus hijos. Cuando se obtuvieron, se llevó a cabo la evaluación en una única sesión durante el horario escolar y en presencia de los profesores.

Análisis estadísticos

La base de datos se creó con el paquete estadístico SPSS versión 22. Los

análisis estadísticos que se realizaron fueron: estadísticos descriptivos, pruebas T para muestras independientes y análisis de varianza de un factor (ANOVA).

Resultados

Estudio de los Estados de Ánimo y las Quejas Somáticas

Los resultados mostraron que las mayores puntuaciones en los Estados de Ánimo fueron en felicidad ($M = 2,64$; $DT = 0,45$), seguida del enfado ($M = 1,74$; $DT = 0,45$), el miedo ($M = 1,54$; $DT = 0,40$) y la tristeza ($M = 1,46$; $DT = 0,44$).

En cuanto a las Quejas Somáticas, los resultados observados indicaron que la puntuación media fue de 1,46 ($DT = 0,32$).

Diferencias en función de la edad y el sexo

Respecto al sexo los resultados mostraron (Tabla 1) diferencias estadísticamente significativas a favor de las chicas en Tristeza, Miedo y Quejas Somáticas, y en los chicos la media es superior solo en Felicidad, aunque las diferencias no fueron significativas.

Tabla 1. Diferencias según sexo en Estados de Ánimo y Quejas Somáticas

Variables	Chicas M (DT)	Chicos M (DT)	T	d de Coben
MOOD				
Tristeza	1.53 (.45)	1.39 (.42)	5.41***	.32
Miedo	1.61 (.41)	1.47 (.37)	5.94***	.36
Enfado	1.76 (.45)	1.72 (.46)	1.42	~
Felicidad	2.62 (.46)	2.65 (.44)	-1.16	~
SCL				
Quejas somáticas	1.53 (.35)	1.39 (.28)	7.69***	.44

*Nota: * $p < 0.5$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

En relación a la edad los resultados mostraron (Tabla 2) que existen diferencias estadísticamente significativas en tristeza, enfado, felicidad y quejas somáticas. Las pruebas post-hoc señalaron que los adolescentes de 12, 13 y 14 años presentaron menos Tristeza y más Felicidad que los de 15 años, los adolescentes de 12 años presentaron menos Enfado que los de 13, 14 y 15 años, y los adolescentes de 12, 13, 14 años presentaron menos Quejas Somáticas que los de 15 años.

Tabla 2. Diferencias según edad en Estados de Ánimo y Quejas Somáticas

Variables	12 años M (DT)	13 años M (DT)	14 años M (DT)	15 años M (DT)	F
MOOD					
Tristeza	1.42 (.42)	1.41 (.41)	1.45 (.46)	1.57 (.47)	7.31***
Miedo	1.55 (.42)	1.53 (.40)	1.51 (.37)	1.57 (.39)	1.38
Enfado	1.65 (.44)	1.75 (.45)	1.79 (.45)	1.79 (.46)	6.74***
Felicidad	2.69 (.42)	2.68 (.44)	2.64 (.46)	2.53 (.47)	7.17***
SCL					
Quejas somáticas	1.43 (.32)	1.45 (.32)	1.45 (.31)	1.52 (.34)	4.44**

Nota: * $p < 0.5$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Discusión

El objetivo de esta investigación fue estudiar los estados de ánimo y las quejas somáticas durante la adolescencia según el sexo y la edad.

En primer lugar, respecto a las diferencias de sexo, se observa que las chicas destacan en Tristeza y Miedo, así como en Quejas Somáticas, y los chicos en Felicidad. Estos resultados van en línea de investigaciones anteriores en las que se observa que las chicas tienden a sentir más estados de ánimo negativos y a presentar más síntomas somáticos y los chicos presentan más Felicidad (Chaplin y Aldao, 2013; Folk et al., 2014; Górriz et al., 2015; Michels et al., 2012; Navarro-Pardo et al., 2012; Quiceno y Vinaccia, 2014; Stringaris et al., 2013).

En segundo lugar, en relación a las diferencias en función de la edad, se observa que los adolescentes de mayor edad presentan mayores niveles de Tristeza, Enfado y Quejas Somáticas, y menores niveles de Felicidad. Estos hallazgos no coinciden con los encontrados en estudios anteriores (Hart et al., 2013; Rieffe et al., 2010; Stanford et al., 2008; Villanueva et

al., 2014) donde se sugiere que a medida que aumenta la edad disminuyen los estados emocionales negativos como la Tristeza y el Miedo, así como las Quejas Somáticas, y aumenta la Felicidad.

De este modo, es importante atender a los estados de ánimo negativos durante la adolescencia, dada la influencia que tienen sobre el bienestar psicológico. Así como a las quejas somáticas, que pueden ser indicativas de situaciones de estrés que estén experimentando los adolescentes.

Como posibles limitaciones de este estudio se puede destacar las siguientes. Por un lado, señalar que se ha utilizado exclusivamente medidas de autoinforme, pudiéndose incluir en estudios posteriores alguna variable objetiva. Por otro lado, esta investigación es de corte transversal, siendo necesario que en investigaciones futuras se lleven a cabo estudios longitudinales con el fin de conocer cómo se comportan dichas variables a lo largo de la adolescencia.

A pesar de las limitaciones, cabe destacar que una de las principales aportaciones de esta investigación ha sido la evaluación en población adolescente, dado que la mayoría de los estudios realizados se dan en población adulta. Del mismo modo, cabe destacar que el tamaño de la muestra resulta satisfactorio para que puedan considerarse los resultados de este estudio.

Agradecimientos

La presente investigación forma parte del proyecto “Potenciar el bienestar psicológico y la convivencia escolar en adolescentes a través de la educación en emociones: estudio longitudinal” (PSI2013-43843-R), subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Referencias bibliográficas

Bisquerra, R. (2012). De la inteligencia emocional a la educación emocional [From emotional intelligence to emotional education]. En R. Bisquerra (Coord.), *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia* (pp. 24-35). Esplugues de Llobregat, Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.

Boro, J. y Dhanalakshmi, D. (2014). Life stress, optimism, and life satisfaction among school students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5(1), 41-45.

Chaplin, T. y Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735-765. DOI: 10.1037/a0030737.

Folk, J., Zeman, J., Poon, J. y Dallaire, D. (2014). A longitudinal examination of emotion regulation: Pathways to anxiety and depressive symptoms in urban minority youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(4), 243-250. DOI: 10.1111/camh.12058.

Freyler, A., Kohegy, Z., Köteles, F., Kökönyei, G. y Bárdos, G. (2013). Modern health worries, subjective somatic symptoms, somatosensory amplification and health anxiety in adolescents. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 773-781. DOI: 10.1177/1359105313479629.

Górriz, A. B., Prado-Gascó, V. J., Villanueva, L. y González-Barrón, R. (2015). Psychometric properties of the Somatic Complaints Scale in Spanish children and adults. *Psicothema*, 27(3), 269-276.

Górriz, A. B., Prado-Gascó, V. J., Villanueva, L., Ordóñez, A. y González, R. (2013). The MOOD Questionnaire: adaptation and validation of the Spanish version. *Psicothema*, 25(2), 252-7. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00571.x.

Hart, S., Hodgkinson, S., Belcher, H., Hyman, C. y Cooley-Strickland,

M. (2013). Somatic symptoms, peer and school stress, and family and community violence exposure among urban elementary school children. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 454-465. DOI: 10.1007/s10865-012-9440-2.

Jellesma, F., Rieffe, C. y Meerum-Terwogt, M. (2007). The somatic complaint list: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 399-401.

Lahaye, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Bodart, E. y Mikolajczak, M. (2010). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children in a French-speaking population. *Journal of Personality Assessment*, 92, 317-326.

Mazzone, A. y Camodeca, M. (2017). Emotion awareness and somatic complaints in preadolescence: The mediating role of coping strategies. *Infant and Child Development*, DOI: 10.1002/icd.2075.

Michels, N., Sioen, I., Huybrechts, I., Bamann, K., Vanaelst, B., De Vriendt, T., Iacoviello, L., Konstabel, K., Ahrens, W. y De Henauw, S. (2012). Negative life events, emotions and psychological difficulties as determinants of salivary cortisol in Belgian primary school children. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1506-1515. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2012.02.004.

Modica, M., y Rieffe, C. (2013). Validation of the Italian Emotion Awareness Questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 10, 402-409. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.69>.

Montoya-Castilla, I., Postigo, S., Prado-Gascó, V y Pérez-Marín, M. (2018). Relationships Between Affective States and Childhood Internalizing Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. DOI: 10.1016/j.apnu.2018.03.013

Montoya-Castilla, I., Prado-Gascó, V., Villanueva, L. y González, R. (2016). Adaptación en la Infancia: Influencia del Estilo Parental y del Estado de ánimo. *Acción Psicológica*, 13(2), 15-30. DOI: 10.5944/ap.13.2.17807.

Navarro-Pardo, E., Meléndez, J., Sales, A. y Sancerni, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.

Parr, N. J., Zeman, J., Braunstein, K. y Price, N. (2016). Peer emotion socialization and somatic complaints in adolescents. *Journal of adolescence*, 50, 22-30.

Proctor, C. L., Linley, P. A. y Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: a review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 583-630.

Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170.

Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: McGraw Hill.

Rey, L., Extremera, N., y Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234.

Rieffe, C., Meerum-Terwogt, M. y Bosch, J. D. (2004). Emotional awareness and somatic complaints in children. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 31-47.

Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., y Jellesma, F. C. (2008). Emotional competence and health in children. En J. Denollet, I. Nyklicek y A. Vingerhoets (Eds.), *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues* (pp. 184-201). New York: Springer.

Rieffe, C., Oosterveld, P., Meerum Terwogt, M., Novin, S., Nasiri, H. y Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences*, 48, 425-430.

Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. E. y Górriz, A. B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464.

Ruchkin, V. y Schwab-Stone, M. (2014). A longitudinal study of somatic complaints in urban adolescents: the role of internalizing psychopathology and somatic anxiety. *Journal of Youth Adolescence*, 43, 834-845. DOI: 10.1007/s10964-013-9966-9.

Siemer, M. (2009). Mood experience: Implications of a dispositional theory of moods. *Emotion Review*, 1(3), 256-263. DOI: 10.1177/1754073909103594.

Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C. y Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain*, 138, 11-21.

Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W.S., Costello, E.J. y Angold, A. (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 52(8), 831-840. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.05.017.

Van Gils, A., Janssens, A. M. y Rosmalen, J. (2014). Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. *Health Psychology*. DOI: 10.1037/hea0000073.

Villanueva, L., Prado-Gascó, V. y González, R. (2016). Emotion awareness, mood and personality as predictors of somatic complaints in children and adults. *Psicothema*, 28(4), 383-388. DOI: 10.7334/psicothema2015.265.

Villanueva, L., Prado-Gascó, V., González, R y Montoya, I. (2014). Conciencia emocional, estados de ánimo e indicadores de ajuste individual y social en niños de 8-12 años. *Anales de Psicología*, 30(2), 772-780.

Zaff, J. F., Aasland, K., McDermott, E., Carvalho, A., Joseph, P. y Puffall Jones, E. (2016). Exploring positive youth development among young people who leave school without graduating high school: A focus on social and emotional competencies. *Qualitative Psychology*, 3(1), 26.

¿Influye el sexo en la importancia que le otorgan los alumnos a la educación física? Relación con otras variables

(Moods and somatic complaints during adolescence: a descriptive study)

Por Paloma Escamilla-Fajardo⁵⁰, Rómulo Jacobo González-García⁵¹ y María Huertas González-Serrano⁵²

Resumen

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más peligrosos en el siglo XXI ya que está íntimamente relacionado con la aparición temprana de enfermedades como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en niños. El creciente sedentarismo e inactividad física en la sociedad actual serían causas principales de la obesidad infantil, por lo que el interés por la práctica de actividad física y la creación de hábitos saludables en la niñez y adolescencia está adquiriendo una creciente importancia. El presente estudio tiene como principal objetivo conocer la influencia que tiene el sexo en la Importancia que le otorgan los alumnos a la Educación Física (IUPEP), el Clima Motivacional generado por el docente y la Motivación Deportiva, así como en la relación entre dichas variables. Para ello, se ha analizado una muestra de 210 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato de un colegio de la Comu-

⁵⁰Doctoranda en Educación Física. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: paloma.Escamilla@uv.es.

⁵¹Doctorando en Educación Física. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, XXX. 46010. Valencia. Contacto: rojagon@alumni.uv.es.

⁵²Doctoranda en Educación Física. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, XXX. 46010. Valencia. Contacto: m.huertas.Gonzalez@uv.es.

nidad Valenciana. La edad de los participantes oscila entre 12 y 18 años ($M=14.06 \pm 1.59$). El 52.9% de la muestra son niños y un 73.2% practica deporte extraescolar. Los resultados obtenidos muestran que los chicos obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en IUPEP. La correlación entre el Clima Motivacional Tarea y Clima Motivacional Ego es significativa y positiva únicamente en las niñas, al igual que sucede con la relación entre Amotivación y Motivación Extrínseca. Sin embargo, la relación entre Amotivación y Motivación Intrínseca y entre IUPEP y Amotivación es significativa y negativa exclusivamente en niños.

Palabras clave: Educación Física; Importancia de la Educación Física; Sexo; Clima Motivacional; Motivación Deportiva; Adolescentes

Abstract

Childhood obesity is one of the most dangerous public health problems of the 21st century as it is closely linked to the early onset of diseases such as type 2 diabetes and cardiovascular disease in children. The growing sedentary and physical inactivity in today's society would be the main causes of childhood obesity, so the interest in physical activity and the creation of healthy habits in childhood and adolescence is becoming increasingly important. The main objective of this study is to determine the influence that sex has on the importance that students give to Physical Education (IUPEP), the Motivational Climate generated by the teacher and Sports Motivation, as well as the relationship between these variables. To this end, a sample of 210 students of Compulsory Secondary Education and Baccalaureate of a school in the Valencian Community has been analyzed. The age of the participants ranges from 12 to 18 years ($M=14.06 \pm 1.59$). 52.9% of the sample are children and 73.2% play extracurricular sports. The results show that boys score significantly higher on IUPEP. The correlation between the Motivational Climate Task and Motivational Climate Ego is significant and positive only in girls, as is the relationship between Motivation and Extrinsic Motivation. However, the relationship between Intrinsic Motivation and Intrinsic Motivation and between IUPEP and Motivation is significant and negative only in children.

Keywords: *Physical Education; Importance Of Physical Education; Sex; Motivational Climate; Sports Motivation; Adolescents*

Introducción

En la sociedad actual están aumentando los hábitos de vida en los que destaca la inactividad física, dando paso al asentamiento de un estilo de vida sedentario. Este cambio en el estilo de vida puede ser causante de problemas de salud ligados a la falta de actividad física, conocidos como “enfermedades hipocinéticas” (Martín Horcajo, 2017). Dentro de este tipo de enfermedades encontraríamos la obesidad infantil, uno de los problemas de salud pública más peligrosos en el siglo XXI (Alba-Martín, 2016).

La obesidad infantil está íntimamente relacionada con la aparición temprana de enfermedades como la diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares en niños (Losada y Rijavec, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (2017), en los últimos 40 años se ha multiplicado por 10 el número de niños entre 5 y 19 años que presentan obesidad. Para combatir estas devastadoras cifras, es importante fomentar la práctica de actividad física tanto en las aulas como fuera de ellas, dando lugar a la creación de hábitos deportivos.

En este ámbito de actuación, el papel de la Educación Física tiene una importancia vital al ser una materia escolar de carácter obligatorio tanto en la educación primaria como en la educación secundaria. Debido a la gran oportunidad que tienen los docentes para acercar la actividad física a todos los niños, las clases deberían de ser motivantes y divertidas, potenciando los objetivos de carácter social y afectivo (Grau y Prat, 2003) preparando a los jóvenes para la práctica física a lo largo de toda la vida (Gutiérrez, Ruiz Pérez y López, 2011).

Diversos estudios sugieren que existe una relación entre la importancia atribuida a las clases de educación física y la práctica deportiva fuera de la escuela (Granero-Gallegos y Baena-Extremera, 2014), asimismo, esta relación podría marcar los hábitos de vida de los adultos, contribuyendo a la generación de un hábito de práctica deportiva (Kilpatrick, Hebert y Jacobsen, 2002; Moreno-Murcia, Zomeño Álvarez, Marín de Oliveira y Ruiz Pérez, 2013).

Por todo ello, en los últimos años está existiendo un creciente interés por analizar la importancia que el alumno le otorga a las clases de Educación Física (IUPEP) y a la relación con otras variables. Basándonos en la literatura actual, son diversas las variables que tienen relación con IUPEP. En primer lugar, el Clima Motivacional (CM), definido por Ames (1995) como un conjunto de señales implícitas, y/o explícitas, que el participante percibe del entorno, a partir de las cuales se definen las claves del éxito y del fracaso tiene una íntima relación directa y positiva con IUPEP (Moreno y Llamas, 2007). E. Cervelló Gimeno, Calvo, Ureña Espá y Martínez (2002) exponen que existen dos formas de CM: cuando una persona implica al ego en la realización de una tarea y únicamente tiene lugar el éxito cuando se muestra más habilidad en comparación con otros (*CM orientado al ego*), y, por el contrario, cuando la persona se centra en la tarea, juzga su habilidad en función de su propio dominio en dicha tarea (*CM orientado a la tarea*).

Por otro lado, la Motivación Deportiva pretende entender la razón por la que las personas se comportan de una forma u otra y realizan la tarea o actividad con intensidad y persistencia (Moreno, Silva, Pardo, Rodríguez y Hernández, 2016). Existe una relación positiva entre motivación de los alumnos con IUPEP (Moreno-Murcia et al., 2013).

Si bien se ha analizado el efecto del sexo en cada una de estas variables por separado, no hemos podido observar estudios que analicen como el sexo puede influir en la relación que se establecen entre ellas. Los hombres obtienen unos resultados superiores en IUPEP y Clima Motivacional orientado al Rendimiento (Cervelló Gimeno y Moreno Murcia, 2003; Granero-Gallegos y Baena-Extremera, 2014).

Desde esta perspectiva, el presente estudio tiene como objetivo principal conocer la influencia que tiene el sexo en IUPEP, Clima Motivacional y Motivación Deportiva, así como estudiar el efecto que tiene el sexo sobre las relaciones entre dichas variables. Esto podría aportar información enriquecedora y novedosa tanto en el área educativa en general como en el sector deportivo en particular.

Método

Participantes

Los participantes son 210 alumnos de un colegio concertado de la Comunidad Valenciana. El 52.9% de la muestra son niños, siendo el rango de edad entre los 12 y los 18 años, con una edad media de 14.06 (DT=1.59). El 73% de los alumnos realizan práctica deportiva extraescolar, siendo un 69.2% los que practican tres o más horas semanales.

Variables e Instrumentos

Para el estudio de los factores demográficos se incluyó la edad, sexo, curso académico, práctica deportiva extraescolar y frecuencia de práctica.

Para la recogida de datos se utilizaron tres instrumentos diferentes, estando el instrumento utilizado dividido en tres partes:

La primera parte está compuesta por el Cuestionario de Orientación al Aprendizaje y al Rendimiento en las Clases de Educación Física (LAPOPECQ), creado por Papaioannou (1994) y validado al castellano por Gimeno, Jiménez, Ramón y Murcia (2010). El LAPOPECQ está compuesto por 27 ítems y posee dos dimensiones de segundo orden y cinco de primer orden:

- Percepción del Clima Motivacional que implica al aprendizaje ($\alpha = .84$): pertenecen dos factores (i) clima de aprendizaje por el profesor (factor 1, $\alpha = .74$) y (ii) orientación al aprendizaje por los alumnos (factor 2, $\alpha = .76$).

- Percepción del Clima Motivacional que implica al rendimiento ($\alpha = .72$): incluía tres factores: (iii) orientación al resultado por los alumnos (factor 3, $\alpha = .82$), (iv) preocupación de los alumnos por los errores (factor 4, $\alpha = .77$) y (v) orientación al resultado sin esfuerzo (factor 5, $\alpha = .63$).

La segunda parte está compuesta por la Escala de Importancia de la Educación Física (IEF) (Murcia, Gimeno y Coll, 2008), formada por 3 ítems agrupados en un factor ($\alpha = .75$).

La tercera parte está formada por la Escala de motivación deportiva (SMS) creada por Brière, Vallerand, Blais y Pelletier (1995) y validada al castellano por Martín-Albo Lucas, Núñez Alonso, Navarro y González (2006). Está

compuesta de 28 ítems englobados en 3 factores: Motivación Intrínseca ($\alpha = .92$), Motivación Extrínseca ($\alpha = .86$) y Amotivación ($\alpha = .66$).

La escala de respuesta fue tipo Likert con un rango de puntuación que iba de 1 (*Totalmente en desacuerdo*) a 7 (*Totalmente de acuerdo*).

Procedimiento

Se ha pasado el cuestionario a 210 alumnos de un mismo colegio de la provincia de Valencia de forma presencial y escrita en las clases de Educación Física. La mayor parte de los participantes eran menores de edad por lo que ha sido necesario un consentimiento de participación.

Para alcanzar los objetivos del estudio se realizaron análisis estadísticos descriptivos, pruebas T de Student y correlaciones de Pearson mediante el paquete estadístico SPSS, versión 23.0.

Resultados

Los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas ($t(207)=2.30, p<.05, d=.32, r=.16$) por sexo en la Importancia que le otorgan los alumnos a las clases de Educación Física, siendo los niños los que mostraron unos resultados más altos ($M= 4.78; DT=1.35$) respecto a las niñas ($M=4.33; DT=1.43$).

Asimismo, también se encuentran diferencias significativas en el factor 4 “Preocupaciones de los alumnos por errores” ($t(208)=2.18, p<.05, d=.65, r=.31$), ya que los hombres puntúan de forma más alta ($M= 4.33; DT= 1.20$) que las mujeres ($M= 3.95; DT= 1.33$). Por último, también encontramos diferencias significativas en el Factor 5 “Orientación al resultado sin esfuerzo” ($t(201.09)=3.26, p<.001, d=.45, r=.22$) siendo los hombres los que obtienen datos mayores ($M= 2.73; DT=1.48$) respecto a las mujeres ($M= 2.15; DT= 1.09$). Estos dos factores están englobados en Clima Motivacional orientados al Ego.

Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en la Motivación Deportiva general ni analizando sus dimensiones (Motivación Intrínseca, Motivación Extrínseca y Amotivación) en función del sexo.

Seguidamente, con el objetivo de profundizar en la relación entre el sexo

y las variables objeto de estudio se procedió a analizar las correlaciones de Pearson entre las variables objeto de estudio en función del sexo (*Tabla 1*).

En general parece que el Clima Motivacional Tarea mostró una relación positiva y significativa con el Clima Motivacional Ego ($r=.20, p<.05$) sólo en niñas, así como la relación existente entre Motivación Extrínseca y Amotivación ($r=.33, p<.01$) únicamente en mujeres.

Por otro lado, los resultados arrojan una relación negativa y significativa entre IUPEP y Amotivación ($r=-.21, p<.05$), así como entre Motivación Intrínseca y Amotivación ($r=.22, p<.05$) únicamente entre hombres.

Tabla 1. Correlación de Pearson entre variables dependiendo del sexo

Mujeres\Hombres	1	2	3	4	5	6
1. Clima Motivacional Tarea	1	.076	.643**	.670**	.650**	-.134
2. Clima Motivacional Ego	.198*	1	-.038	-.010	.243**	.238*
3. Importancia EF	.411**	.066	1	.668**	.626**	-.213*
4. Motivación Intrínseca	.519**	.031	.534**	1	.725**	-.224*
5. Motivación Extrínseca	.509**	.416**	.467**	.575**	1	.052
6. Amotivación	.008	.563**	.046	-.072	.330**	1

*= $P<.05$; **= $P<.01$; ***= $P<.001$

Discusión y futuras líneas de investigación

Conocer la importancia y la utilidad que le otorgan los alumnos a las clases de Educación Física ha sido objeto de creciente interés dentro del ámbito de la educación puesto que tiene íntima relación con la creación de hábitos deportivos (Kilpatrick et al., 2002), ayudando a reducir la obesidad infantil (Vicente-Rodríguez et al., 2016). En el presente estudio, hemos estudiado la influencia que tiene el sexo en IUPEP, Clima Motivacional y Motivación Deportiva. Así como estudiar el efecto que tiene

el sexo sobre las relaciones entre dichas variables. Dicha información nos podría ayudar a generar nuevas estrategias que mejoren la percepción de las clases y del profesor, ayudando con ello a crear una buena imagen de la actividad física y potenciando futuros hábitos saludables.

La percepción que tengan los alumnos de la materia de EF es importante, pero no debemos olvidar cuán importante es la percepción que tiene la sociedad acerca del deporte en general y de las clases de Educación Física en particular. Según Ferrando y Goig (2011), en su estudio de hábitos deportivos, exponen que el 55% de las personas consideran entre muy importante y bastante importante el lugar que ocupa la EF y el deporte en el conjunto de la sociedad española. Porcentaje que se ha incrementado desde el año 2000 (46%). La tendencia es ascendente y positiva, pero se debe de seguir trabajando en ello.

Basándonos en nuestro estudio, podemos decir que los alumnos consideran importante recibir clases de EF, pero comparado con otras asignaturas, dicha materia está considerada menos importante (Cervelló Gimeno y Moreno Murcia, 2003). Esto puede deberse a muchos factores, pero la escasez de horas lectivas dedicadas a la materia podría considerarse un factor clave. Además de ello, la actitud del profesor, la organización y distribución de las sesiones y la motivación hacia las clases, pueden afectar, en mayor o menor medida, a la importancia que le otorguen los alumnos a la materia (Moreno Murcia y Llamas, 2007).

Se han obtenido diferencias significativas en IUPEP si tenemos en cuenta el sexo de los alumnos, siendo los chicos los que obtienen puntuaciones más elevadas respecto a las chicas. Estos resultados parecen estar en línea con la literatura existente (Baena-Extremera, Granero-Gallegos, Sánchez-Fuentes y Martínez-Molina, 2014; Cervelló Gimeno y Moreno Murcia, 2003).

En la misma línea, teniendo en cuenta el sexo en los resultados obtenidos, los niños puntúan más alto en dos factores de Clima Motivacional orientado al Rendimiento que las niñas, en la línea de lo expuesto por Castuera, Gallego, Ruano y Gimeno (2003); Murcia et al. (2008); y Torregrosa et al. (2011).

Por otra parte, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas por sexo en ninguna de las dimensiones de Motivación Deportiva, en contraposición a Moreno Murcia y Llamas (2007) en su estudio encuentra

que las chicas muestran unas puntuaciones superiores en la Motivación Intrínseca y Extrínseca, esta discrepancia en los resultados puede ser debido a diferentes causas que deben ser analizadas más exhaustivamente.

Los hombres obtienen resultados más elevados en Motivación Intrínseca y Extrínseca respecto a las mujeres, mientras que este resultado es opuesto en la Amotivación, dimensión en la que las mujeres muestran resultados más elevados, en consonancia con Moreno Murcia, Martínez Galindo y Alonso Villodre (2006).

Tal y como se indicó previamente, el motor de los objetivos fundamentales era analizar el efecto que el sexo tenía sobre la relación entre las variables objeto de estudio. Los resultados sugieren la existencia de diferencias en base al sexo. En este sentido, parece existir una correlación significativamente positiva en Clima Motivacional Tarea y Clima Motivacional Ego, también entre Motivación Extrínseca y Amotivación únicamente en niñas. Por otro lado, se observa una correlación significativamente negativa entre Importancia que le otorgan los alumnos a las clases de Educación Física y Amotivación, y también entre Motivación Intrínseca y Amotivación solamente en hombres. No obstante, son escasos los autores que han estudiado la influencia del sexo en la relación entre las variables IUPEP, Clima Motivacional y Motivación deportiva, de ahí la dificultad de alinear nuestro estudio con la literatura previa.

Pese al interés de los resultados obtenidos, el estudio no está carente de limitaciones. Una de las limitaciones más importantes del estudio radica en su escasa muestra, así como en no haber podido medir como estas variables realmente se plasman en hábitos deportivos durante la adolescencia, pero también en la adultez. Futuras líneas de investigación podrían plantear un estudio longitudinal que dé cuenta de estas limitaciones, así como aumentar la muestra de estudio a otros colegios y contextos.

A partir de los resultados obtenidos, se podría realizar una formación específica del profesorado potenciando la utilización de estrategias que aumenten la motivación de los alumnos, mejoren el Clima Motivacional percibido y, con ello, cambien el valor e importancia que le otorgan a las clases de Educación Física.

A modo de conclusión, cabe destacar que la Educación Física en los colegios es el medio más extendido para la promoción de la actividad física entre los más jóvenes. Por ello, se deben proporcionar actividades físicas

diarias apoyadas en la cooperación de la sociedad promoviendo el interés de los alumnos por la actividad física durante toda su vida (Directrices de actividad física de la UE, 2008). El papel del docente es imprescindible para forjar la imagen que los alumnos tienen de las clases de EF y de la actividad física en general. Por tanto, la actitud del profesor, las tareas que proponga, así como la relación que forje con los alumnos son elementos clave en la creación de hábitos de vida saludables de los discentes.

Referencias bibliográficas

Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*, 15(42), 40–51.

Ames, C. (1995). Achievement goals, motivational climate, and motivational processes. In G. C. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise* (pp. 161-176). Champaign, US: Human Kinetics Books.

Baena-Extremera, A., Granero-Gallegos, A., Sánchez-Fuentes, J. A. y Martínez-Molina, M. (2014). Modelo predictivo de la importancia y utilidad de la Educación Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(2), 121–130.

Brière, N. M., Vallerand, R. J., Blais, M. R. y Pelletier, L. G. (1995). Développement et Validation d'une Mesure de Motivation Intrinsèque, Extrinsèque et d'Amotivation en Contexte Sportif: L'Échelle de Motivation dans les Sports (ÉMS). *International Journal of Sport Psychology*, 26(4), 465-489.

Castuera, R. J., Gallego, D. I., Ruano, F. J. S.-R. y Gimeno, E. M. C. (2003). Análisis de la relación entre clima motivacional, las orientaciones de meta y la igualdad de trato en función del género en las clases de educación física. *Psicología de la Actividad Física y el Deporte: perspectiva latina*. 16(4), 5–15.

Cervelló Gimeno, E., Calvo, R., Ureña Espá, A. y Martínez, M. (2002). Un estudio de la relación entre la orientación motivacional disposicional, el clima motivacional percibido en competición y el estado de implica-

ción en competición de alto nivel. *Kronos*. 1(2), 34-41.

Cervelló Gimeno, E. M. y Moreno Murcia, J. A. (2003). Pensamiento del alumno hacia la educación física: su relación con la práctica deportiva y el carácter del educador. *Enseñanza*, 21(3), 345-362.

Ferrando, M. G. y Goig, R. L. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal: encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. CIS.

Gimeno, E. C., Jiménez, R., Ramón, M. M. y Murcia, J. A. M. (2010). Validation of the Spanish language version of the learning and performance orientations in physical education classes questionnaire. *RICY-DE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 6(20), 242–253.

Granero-Gallegos, A. y Baena-Extremera, A. (2014). Predicción de la motivación autodeterminada según las orientaciones de meta y el clima motivacional en Educación Física. Retos. *Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 8(25), 23-27.

Gutiérrez, M., Ruiz Pérez, L. M. y López, E. (2011). Clima motivacional en Educación Física: concordancia entre las percepciones de los alumnos y las de sus profesores. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2) 321-335.

Grau, M. P. y Prat, S. S. (2003). *Actitudes, valores y normas en la educación física y el deporte: reflexiones y propuestas didácticas*. Barcelona, España: INDE.

Kilpatrick, M., Hebert, E. y Jacobsen, D. (2002). Physical activity motivation: A practitioner's guide to self-determination theory. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 73(4), 36–41.

Losada, A. V. y Rijavec, M. I. (2017). Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum*. 3(2), 46–65.

Martín Horcajo, P. (2017). *Formación integral y actividad física en el ocio y tiempo libre del alumnado de Primaria desde la educación física* (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

Martín-Albo Lucas, J., Núñez Alonso, J. L., Navarro Izquierdo, J. G. y González Ruíz, V. M. (2006). Validación de la versión española de la escala multidimensional de orientaciones a la deportividad. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1) 9-22.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2008). *Directrices de actividad física de la UE*. Recuperado de <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/depsalud/Directrices-Actividad-Fisica-UE-web.pdf>

Moreno Murcia, J. A. y Llamas, L. S. (2007). Predicción de la importancia concedida a la educación física según el clima motivacional y la motivación autodeterminada en estudiantes adolescentes (27), 137-155.

Moreno Murcia, J. A., Martínez Galindo, C. y Alonso Villodre, N. (2006). Actitudes hacia la práctica físico-deportiva según el sexo del practicante. RICYDE. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 2(3) 20-43.

Moreno-Murcia, J. A., Zomeño Álvarez, T., Marín de Oliveira, L. M. y Ruiz Pérez, L. M. (2013). *Percepción de la utilidad e importancia de la educación física según la motivación generada por el docente: Perception of the usefulness and importance of physical education according to motivation generated by the teacher*. Ministerio de Educación.

Murcia, J. A. M., Gimeno, E. C. y Coll, D. G. C. (2008). Relationships among goal orientations, motivational climate and flow in adolescent athletes: Differences by gender. *The Spanish journal of psychology*, 11(1), 181–191.

Murcia, J. M., Silva, F. B., Pardo, P. M., Rodríguez, A. S. y Hernández, E. H. (2016). Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico/Motivation, frequency and activity type in physical exercise practitioners. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 12(48) 649-662.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Sobrepeso y obesidad infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

Papaioannou, A. (1994). Development of a questionnaire to measure achievement orientations in physical education. *Research quarterly for exercise and sport*, 65(1), 649-662.

Torregrosa, M., Viladrich, C., Ramis, Y., Azócar, F., Latinjak, A. T. y Cruz, J. (2011). Efectos en la percepción del clima motivacional generado por los entrenadores y compañeros sobre la diversión y el compromiso. Diferencias en función de género. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 243-255.

Vicente-Rodríguez, G., Benito, P. J., Casajús, J. A., Ara, I., Aznar, S., Castillo, M. J. y González-Gross, M. (2016). Actividad física, ejercicio y deporte en la lucha contra la obesidad infantil y juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 33(9) 1-21.

Afrontamiento y calidad de vida del cuidador no formal del niño afectado por una enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia

(Coping and quality of life of the non-formal caregiver of a child affected by a highly disabling rare disease in the city of Valencia)

Por Olga Avellán Castillo⁵³ y Elena Castellano Rioja⁵⁴

Resumen

En el presente estudio participó una muestra intencional y voluntaria de 33 cuidadores, quienes mediante entrevista personal respondieron a un cuestionario de datos sociodemográficos, a una evaluación de estrategias de afrontamiento (cuestionario COPE) y a una medición de la calidad de vida relacionada con la salud (escala EUROQOL-5D y escala EVA para la autovaloración del estado de salud).

Los resultados mostraron un perfil mayoritariamente formado por madres de los niños cuidados, casadas, con una edad media de 43,64 y con un nivel importante de percepción de afectación en su calidad de vida y complicaciones como consecuencia de la enfermedad del niño. Respecto al afrontamiento, los participantes obtuvieron las mejores puntuaciones en aceptación, afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional y social.

En cuanto a su percepción de calidad de vida, los cuidadores presen-

⁵³Estudiante de Grado. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. C/ Espartero, 7 – 46007 – Valencia. Contacto: oavellan@gmail.com.

⁵⁴Profesora. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. C/ Espartero, 7 – 46007 – Valencia. Contacto: elena.castellano@ucv.es.

taron problemas para realizar actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión, sin embargo, percibieron su salud en general como buena, pues la media obtenida fue de 68,57 en una puntuación comprendida entre 0 y 100.

Estos resultados podrían ser el punto de partida para el diseño de futuros planes de intervención de enfermería que promuevan el bienestar biopsicosocial de los cuidadores de niños con enfermedades raras.

Palabras clave: Cuidadores; Enfermedad rara en la infancia; Afrontamiento; Calidad de vida

Abstract

In our study, 33 caregivers voluntarily participated, and through a personal interview they answered a questionnaire of sociodemographic data, an evaluation of their coping strategies (COPE questionnaire) and a health-related quality of life measurement (EUROQOL-5D scale and EVA scale for self-assessment of health status).

The results showed a profile mainly comprised of these children's married mothers, with an average age of 43.64 and with an important level of perception of their quality of life and complications as a consequence of the child's illness. Regarding coping strategies, participants showed a high level of acceptance, active coping, and emotional and social support.

In the matter of their perception of their quality of life, caregivers showed problems performing daily activities, pain or discomfort and anxiety or depression; however, they perceived their overall health as good, since the average score obtained was 68.57 in the range from 0 to 100.

The findings of the present research may be useful in designing future nursing intervention plans to promote the physical, psychological, emotional, and social well-being of caregivers of children with rare diseases.

Keywords: Caregivers; Rare disease in childhood; Coping; Quality of life

Introducción

Las enfermedades raras: conceptos, cifras y principales características

Las enfermedades raras pueden ser también denominadas enfermedades poco frecuentes, minoritarias o huérfanas. Según datos de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) se estima que en España hay más de tres millones de personas con alguna enfermedad poco frecuente y entre el 6% y el 8% de la población mundial. Podemos encontrar cerca de 7.000 patologías, de las cuales un 80% tienen un origen genético, sin embargo, otras surgen a partir de respuestas inmunes defectuosas ante la exposición a toxinas o infecciones (Enfermedades-raras.org., 2017).

Las enfermedades raras comportan una evolución crónica severa y pueden resultar degenerativas y debilitantes, presentar deficiencias motoras, sensoriales y cognitivas, por lo que ocasionan un alto grado de discapacidad y dependencia. Tienen una alta tasa de mortalidad y pueden suponer un riesgo para la esperanza de vida de la persona que la padece debido a las pocas opciones médicas actuales. Pueden afectar a cualquier persona a cualquier edad aunque en un gran alto porcentaje se detecta en los primeros años de vida. Aunque una enfermedad rara puede aparecer en cualquier etapa de la vida, un alto porcentaje tiene un comienzo precoz en la sintomatología antes de los dos años de vida, sin embargo, debido a su gran diversidad y heterogeneidad, esto no asegura la obtención de un diagnóstico certero.

En las enfermedades raras encontramos una amplia diversidad de síntomas y desórdenes, pero además podemos encontrar grandes diferencias dentro de una misma enfermedad, es decir, diferentes patologías, manifestaciones clínicas y distintos grados de afectación en varios individuos afectados por una misma enfermedad rara, lo que nos lleva a la conclusión de que cada persona afectada por una enfermedad rara tiene unas necesidades específicas y particulares.

A todo esto se le añade una baja prevalencia y una gran dispersión geográfica de los casos, por lo que convierte el mundo de las enfermedades raras en una dificultad de conocimiento para el personal de salud, así como fuente de posibles errores o dificultades para obtener un diagnósti-

co clínico (Castillo, 2015). De hecho, este es uno de los primeros y principales problemas a los que tienen que enfrentarse las personas afectadas por una enfermedad rara y sus familias. En muchos casos, y ante la falta de un diagnóstico, los afectados y familias han tenido que sobrellevar la modificación de varias hipótesis diagnósticas planteadas por sus médicos ante la aparición de nuevos signos y síntomas. Asimismo, en cuanto a la recepción del diagnóstico, algunos estudios muestran la insatisfacción de muchas familias ante la excesiva demora y forma en que recibieron el diagnóstico, pues lo percibieron con escasa sensibilidad, empatía, falta de apoyo psicológico y de acceso a los grupos de apoyo (Anderson, Elliot y Zurynski, 2013).

En cuanto al tratamiento de las enfermedades raras, solo algunas de ellas pueden tener un tratamiento farmacológico denominado “medicamentos huérfanos”, aunque son terapias muy exclusivas y de muy alto coste. Conjuntamente, en la mayoría de los casos se precisa la adquisición de productos sanitarios y elementos ortopédicos de elevado coste que no siempre se ven cubiertos por la Seguridad Social, por lo que se acentúa, además de la gran dificultad de acceso a los tratamientos, la necesidad de un gran desembolso económico para las personas afectadas y sus familias (Enfermedades-raras.org., 2016).

Las enfermedades raras en niños, discapacidad y dependencia

En las últimas décadas, España ha experimentado importantes cambios en cifras sobre discapacidad, y por lo tanto, en su panorámica. Los avances en medicina, cuidados de enfermería, investigación y en tecnología han aumentado la tasa de supervivencia de fetos con alteraciones genéticas y han reducido la tasa de mortalidad de niños con altos grados de discapacidad y dependencia, por lo que las instituciones sociales y políticas han tenido que ajustar sus objetivos a esta situación, que demanda más apoyo y protección social a las personas en situación de dependencia y a sus cuidadores (Jiménez y Huete, 2015).

En el “Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España”, presentado por Unicef en 2013, se define la discapacidad infantil como la diversidad funcional en niños y niñas menores de dieciocho

años. Esta diversidad funcional puede presentar deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas (Campoy, 2013).

Respecto al término de dependencia, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia” lo especifica de la siguiente manera:

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

En ella se distinguen tres grados de dependencia, siendo el grado 1 de dependencia moderada, pues tiene necesidades de apoyo intermitente; el grado 2 de dependencia severa; y el grado 3 de dependencia total, ya que su pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial es total y precisa del apoyo continuo de otra persona.

Esta ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas.

Al mismo tiempo, en el desarrollo de la ley se menciona que hasta ahora han sido las familias, y en especial las mujeres, las que han tenido que asumir el rol de cuidadores de las personas en situación de dependencia, lo que denominamos “cuidador no formal”, y que estos cuidadores precisan de atención a sus necesidades y medidas de apoyo por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, por lo que se convierte en un reto firme e ineludible para los poderes públicos en España (Boe.es., 2006).

El cuidador principal no formal: definición, afrontamiento y calidad de vida

Es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, adopta el rol de cuidador asumiendo, sin una formación previa para ello, los cuida-

dos de otro que se encuentra limitado para poder realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales, dependiendo de su grado de dependencia (Armstrong, 2002).

Tal y como hemos mencionado anteriormente, son las madres las que en mayoría de casos han adoptado la responsabilidad de las funciones del cuidado de sus hijos, teniendo que renunciar, en varios casos, a sus puestos de trabajo (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Boe.es., 2006).

Para entender cómo está siendo el proceso de afrontamiento de los cuidadores hay que explorar y conocer qué significa para las madres la discapacidad de su hijo o hija, cómo la aceptan y sobrellevan, cómo es su adaptación psicosocial, pero sobre todo, identificar sus principales necesidades y en qué grado las sienten cubiertas para poder alcanzar una adecuada satisfacción ante la vida.

Asimismo, conviene destacar la gran inversión de tiempo y energía que en muchas ocasiones los cuidadores deben dedicar a formar agrupaciones y asociaciones para promover mejoras en las políticas de salud y de bienestar social. Todo ello con el único objetivo de poder mejorar la calidad de vida de sus hijos y de sus familiares (Revista Médica Clínica Las Condes, 2015).

Por otro lado, convivir con una enfermedad poco frecuente significa tener que acudir a numerosas citas médicas relacionadas con el proceso de la enfermedad, tener que escoger de entre las distintas terapias de rehabilitación y buscar opciones alternativas para su financiación, puesto que requieren de una gran inversión económica. Todas estas características se añaden a los factores estresantes propios de la enfermedad por lo que suelen dar lugar a problemas físicos, psicológicos, emocionales y/o sociales que pueden afectar a la salud del cuidador y a su funcionalidad. A este respecto, diversos autores lo denominan síndrome del cuidador o sobrecarga del cuidador, que se caracteriza por una atención tan centrada en la persona cuidada que el propio cuidador puede llegar a descuidar su físico, vida laboral, sentimental, emocional, actividades lúdicas, libertad, intimidad y relaciones sociales entre otras, llegando a poner en riesgo su salud y equilibrio emocional, y por consiguiente, su capacidad de afrontamiento y calidad de vida (Martínez, Robles, Ramos, Santiesteban, García, Morales et al., 2008).

Respecto al afrontamiento, Lazarus y Folkman lo definieron en 1986 como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Lazarus y Folkman distinguieron dos tipos de estrategias ante los conflictos o problemas: estrategias para la resolución de problemas y estrategias de regulación emocional, es decir, métodos dirigidos a la regulación de la respuesta emocional que se genera ante el problema (Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010).

No se entiende completamente por qué algunos cuidadores tienen un afrontamiento activo y otros no, pero sí hay estudios que evidencian que la intervención sanitaria en los cuidadores de niños con enfermedades raras mejora notablemente su afrontamiento, su competencia en los cuidados, su percepción de apoyo social y su satisfacción general con la vida, disminuyendo así su estrés físico y emocional (Dellve, Samuelsson, Tallborn, Fasth y Hallberg, 2006).

Estos datos apoyan a las vías clínicas en materia de prevención que requieren marcos biopsicosociales centrados en la familia, que proponen estrategias de afrontamiento, no simplemente técnicas de rehabilitación centradas en el niño, y reconocen el vínculo entre la salud de los cuidadores y la salud de los niños con enfermedades raras altamente discapacitantes (Raina, O’Donnell, Rosenbaum, Brehaut, Walter, Russell D et al., 2005).

En cuanto al concepto de calidad de vida, la OMS lo define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”. Es un concepto complejo que precisa de un enfoque multidimensional, que incluye por un lado aspectos como la salud, autonomía e independencia, y por otro lado, aspectos más subjetivos como la satisfacción ante la vida y percepción de apoyo por parte de las instituciones públicas y servicios sociales, entre otros (De Mejía, Botero y Pico, 2007).

La percepción de calidad de vida puede tener una interpretación diferente para el cuidador no formal del niño con alta discapacidad, ya que

tras el diagnóstico aparece un aluvión de interrogantes sobre su futuro que le genera un alto nivel de estrés e incertidumbre. Esta situación se incrementa debido a todos los factores estresantes propios de una enfermedad crónica a los que debe enfrentarse en su día a día, y que la mayoría de las veces conlleva a tener que realizar cambios tanto en su estilo de vida como en su percepción sobre la salud, satisfacción ante la vida, y por consiguiente, de su calidad de vida.

En las últimas décadas, se ha incrementado el interés por la evaluación de la calidad de vida de la población, tanto en la práctica clínica diaria como en la investigación sobre salud pública, ya que se relaciona la calidad de vida como factor directo sobre el estado de salud (Jansson, Németh, Granath, Jönsson y Blomqvist, 2009).

De hecho, cada vez hay más conciencia de que medir únicamente la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas no es suficiente, sino que esta medición debe extenderse a sus cuidadores, ya que también sufren las consecuencias de la enfermedad. Estos estudios podrían ser un medio de obtener recursos para los cuidadores a nivel político, de sensibilización de sus principales problemas, de cuantificación de sus necesidades y de evaluación de la efectividad de la asistencia sanitaria para la propuesta de planes de prevención de los problemas de salud en los cuidadores (Sulch y Kalra, 2003).

El papel de enfermería sobre el cuidador principal no formal del niño afectado por una enfermedad rara

Con el fin de poder mejorar el entorno del cuidador del niño con enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia y su bienestar, consideramos el presente estudio, que trató de conocer cómo estaba siendo su proceso de afrontamiento desde la recepción del diagnóstico, a qué problemas debían enfrentarse en su día a día y cuáles eran los factores que les restaban calidad de vida.

Desde enfermería somos conscientes del gran impacto emocional que supone la recepción de un diagnóstico de esta magnitud en el paciente y en sus familiares, del grado de dependencia existente en los niños con alta discapacidad que están gravemente afectados, de las dificultades a las que

se enfrentan hasta alcanzar la igualdad y las oportunidades para poder ejercer todos sus derechos. Tal y como muestra la literatura desarrollada en este estudio, en la mayoría de casos son los propios padres quienes se ven obligados a asumir el rol de cuidador y a desempeñar todas las funciones que esto conlleva.

Debido a la singularidad de cada enfermedad rara, la intervención multidisciplinar y la atención desde un modelo biopsicosocial se hace indispensable para poder atender las necesidades particulares de cada una de estas familias. De esta manera, podremos ofrecer una promoción de la salud y unos cuidados enfermeros de calidad (Vanegas y Maritza, 2007).

Objetivos del estudio

Objetivo Principal

Valorar la influencia de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida del cuidador del niño afectado por una enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia.

Objetivos Secundarios:

1. Conocer descriptivamente las variables de la muestra de los cuidadores del niño afectado por una enfermedad rara altamente discapacitante a nivel sociodemográfico y relacionado con el curso de la enfermedad.
2. Valorar la relación entre las estrategias de afrontamiento del cuidador no formal del niño afectado por una enfermedad rara altamente discapacitante y su calidad de vida.
3. Investigar el impacto de las enfermedades raras de la infancia en el afrontamiento y calidad de vida de sus cuidadores.
4. Estudiar la relación entre las variables sociodemográficas con el afrontamiento del cuidador relacionado con el curso de la enfermedad.
5. Analizar la relación entre las variables sociodemográficas con la calidad de vida del cuidador relacionada con el curso de

la enfermedad.

6. Estudiar la posible relación entre las facetas propuestas en afrontamiento en nuestra muestra.

7. Evaluar la posible relación entre las facetas analizadas en calidad de vida en nuestra muestra.

Método

Se trató de un estudio descriptivo transversal de tipo cuantitativo en el que trabajamos mediante entrevistas personales y cuestionarios proporcionados a cuidadores de niños afectados por una enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia. (Tomás-Sábado, 2010).

Participantes

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión
Cuidadores principales no formales, tanto hombres como mujeres, del niño afectado por una enfermedad rara altamente discapacitante.
Cuidadores residentes en la ciudad de Valencia y que dediquen más de 3 horas al día para el cuidado del niño afectado por una enfermedad rara (Cuantificación del tiempo medio de cuidados informales según la Encuesta de Uso del Tiempo del Instituto de la Mujer, 2006). (Instituto de la Mujer: Ministerio de Igualdad, 2008).
Cuidadores de niños diagnosticados por una enfermedad rara, de edad comprendida entre 1 y 8 años y con un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
Criterios de exclusión
Cuidadores que no aceptaron participar en este estudio.

Características

33 cuidadores no formales de niños afectados por una enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia que fueron seleccionados no aleatoriamente y que aceptaron participar voluntariamente en este estudio. Para ello, se les facilitó una hoja de información al paciente y el consentimiento informado que debieron autorizar previamente mediante firma (CEIC Universidad Católica de Valencia, marzo 2017).

Instrumentos

- Escala COPE: Afrontamiento, evaluado mediante la Escala de Valoración de Afrontamiento COPE, que valora la capacidad de afrontamiento y describe los modos de hacerlo ante una situación estresante, y en este caso, ante un diagnóstico de enfermedad rara y discapacidad de la persona cuidada. La COPE, o Brief COPE, es una escala multidimensional que describe diferentes formas de respuesta (pensamientos, sentimientos o comportamientos) ante problemas o situaciones estresantes. Este cuestionario contiene 28 preguntas que se clasifican por la escala Likert. El cuidador debe valorar del 0 al 3 con el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse al problema, siendo 0 nada de acuerdo y 3 muy de acuerdo. En esta escala no hay respuestas correctas o incorrectas, sin embargo, la mayor puntuación representa mayores estrategias de afrontamiento en los encuestados (Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía et al., 2013).

- EUROQOL-5D: Calidad de vida, evaluada a través del cuestionario de salud EUROQOL-5D y su escala de visual analógica o termómetro de autovaloración del estado de salud. Este cuestionario consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Cada apartado consta de tres niveles de respuesta (sin limitaciones o problemas, algunas limitaciones o problemas moderados y severas limitaciones o problemas mayores). A través de esta escala el cuidador valora su propio estado de salud seleccionando la respuesta que mejor describa su salud a día de hoy. La segunda parte del instrumento del EUROQOL-5D es una escala analógica visual vertical de 20 cm que simula un termómetro de autovaloración del nivel

de salud, donde 0 representa el peor estado de salud y 100 el mejor. Ambos formatos demostraron niveles aceptables de validez de constructo.

- Termómetro de autovaloración del nivel de salud EURO-QOL-5D: La literatura respalda este cuestionario como un instrumento sencillo, con alta validez, fiabilidad y utilidad, pues hace ya más de dos décadas que se incluye en diferentes estudios sobre coste-efectividad o coste-utilidad y, por lo tanto, para la estimación de asignación de recursos sanitarios. Al mismo tiempo, se trata de un instrumento de medición genérico ya que ha sido validado para utilizarse tanto en la población general como en grupos de pacientes específicos (Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Raat, H., Codina, F., Azuara, M. y Robles, N. et al., 2015).

Procedimiento

Para la recogida de datos se realizaron distintas entrevistas personales con los cuidadores, con una duración aproximada de 35-45 minutos cada una de ellas y escogiéndose para la cumplimentación de los cuestionarios espacios con ambiente tranquilo. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (ANEXO IX).

Análisis de datos

Tras finalizar la recogida de datos, se realizó un análisis de las variables a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 19. En primer lugar, realizamos una serie de gráficos descriptivos de porcentajes o proporciones en las variables cualitativas. Asimismo, calculamos la media, como medida de posición, y la desviación típica, como medida de dispersión, para variables cuantitativas de razón en los tres cuestionarios utilizados en nuestro estudio: datos sociodemográficos, COPE y EUROQOL-5D. En segundo lugar, calculamos el coeficiente de la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la normalidad en variables no paramétricas. Finalmente, realizamos un análisis de correlación entre variables cuantitativas o semicuantitativas ordinales, independientes y no paramétricas mediante la prueba de Rho de Spearman y U de Mann-Whitney

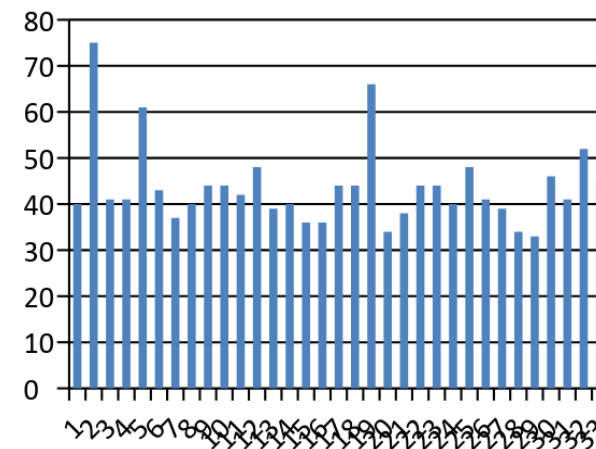
para la comparación de medias.

Resultados

Resultados descriptivos sociodemográficos y relacionados con el curso de la enfermedad

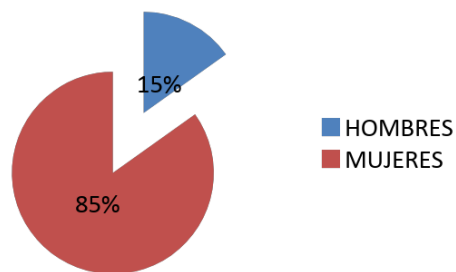
La población de nuestro estudio se compuso de una muestra de 33 cuidadores no formales de niños con una enfermedad rara altamente discapacitante en la ciudad de Valencia. Los datos sociodemográficos relacionados con la enfermedad obtenidos en este estudio se representan en los siguientes gráficos:

Gráfico 1. Edad



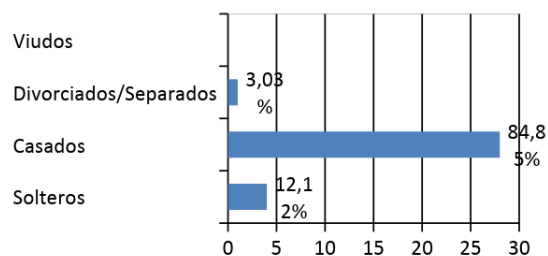
La edad de las personas que pertenecieron a nuestra muestra se encontraba entre los 33 (valor mínimo) y 75 años (valor máximo). Calculamos la media obteniendo un resultado de 43,64 y una desviación típica de 8,873.

Gráfico 2. Sexo



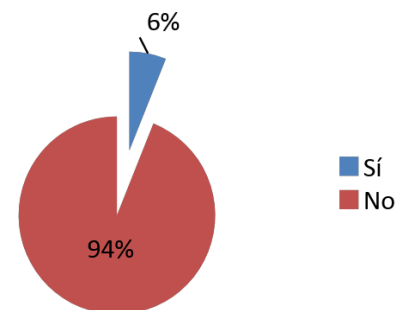
En referencia a la distribución por sexo, 5 de las personas encuestadas fueron hombres, mientras que 28 fueron mujeres.

Gráfico 3. Estado civil



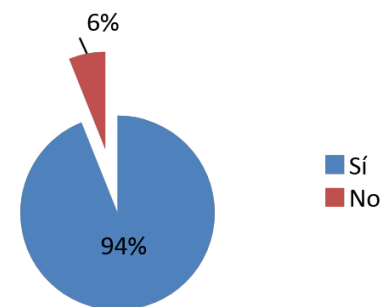
Respecto al estado civil, 1 de los cuidadores era divorciado o separado, 28 estaban casados y 4 eran solteros. Ninguno era viudo o viúda.

Gráfico 4. Antecedentes de la enfermedad



En cuanto a los antecedentes de la enfermedad rara diagnosticada, 2 de las personas encuestadas sí los tenían, mientras que 31 no los tenían.

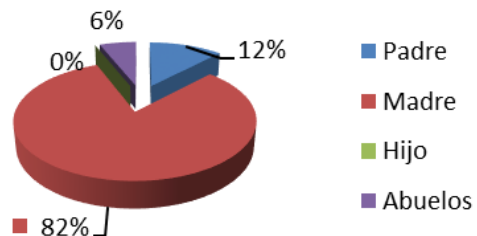
Gráfico 5. Convive con el niño afectado



En referencia a si los cuidadores convivían con el niño afectado, 31 respondieron que sí. Otros 2 cuidadores de nuestra muestra no convivían junto al niño.

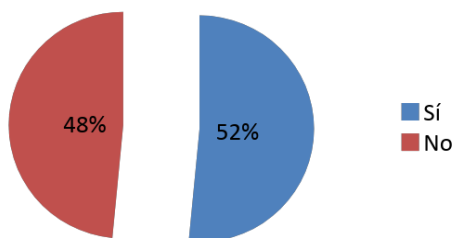
Gráfico 6. Lugar que ocupa en su familia

Lugar que ocupa en su familia:



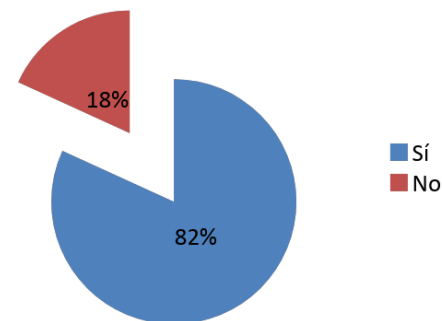
En cuanto al lugar que ocupaba en su familia, 4 de los cuidadores eran padres, 27 madres y 2 abuelos del niño afectado por una enfermedad rara.

Gráfico 7. Es responsable económicamente de su familia



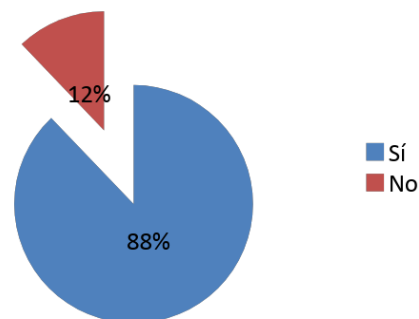
Referente a la responsabilidad de la economía familiar, 17 de las personas encuestadas eran responsables económicamente de su familia, 16 no lo eran.

Gráfico 8. Se siente entendido por su familia



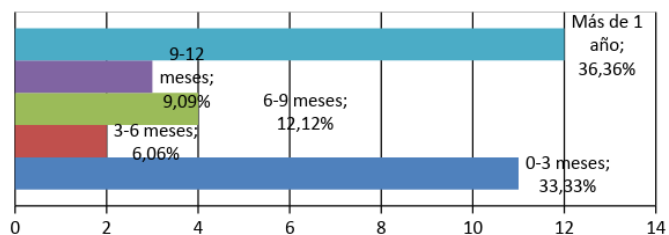
En cuanto a la pregunta de si el cuidador se sentía entendía por su familia, 27 respondió que sí, sin embargo, 6 que no.

Gráfico 9. Se siente apoyado por su familia



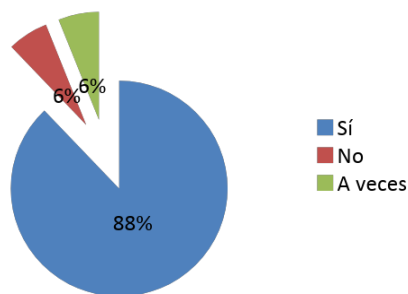
Respecto a la pregunta de si el cuidador se sentía apoyado por su familia, 29 de los cuidadores sí se sentía apoyado por su familia, mientras que 4 no lo sentía.

Gráfico 10. Tiempo transcurrido hasta el diagnóstico



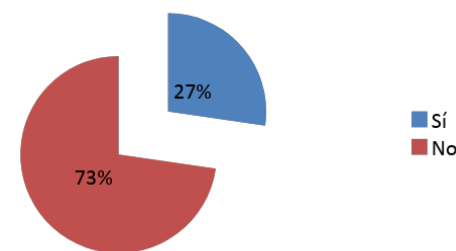
En referencia al tiempo transcurrido hasta la recepción del diagnóstico, 12 de las personas encuestadas afirmaron haber transcurrido más de 1 año, 3 entre 9 y 12 meses, 4 entre 6 y 9 meses, 2 entre 3 y 6 meses, y, 11 entre 0 y meses.

Gráfico 11. Ha seguido tratamiento prescrito



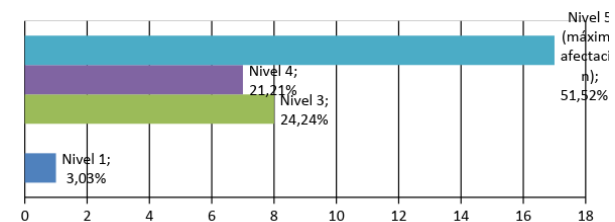
Respecto al seguimiento de un tratamiento prescrito, 29 de los cuidadores contestaron que sí lo habían seguido, 2 contestaron que no y 2 respondieron que solo en alguna ocasión.

Gráfico 12. Efectos secundarios del tratamiento prescrito



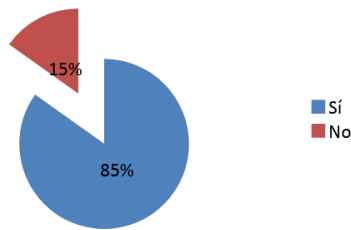
En cuanto a los efectos secundarios derivados del tratamiento prescrito, 9 de los cuidadores afirmaron haber detectado algún efecto secundario consecuente del tratamiento prescrito, 24 respondieron que no.

Gráfico 13. Nivel de afectación de la enfermedad del niño en la calidad de vida del cuidador



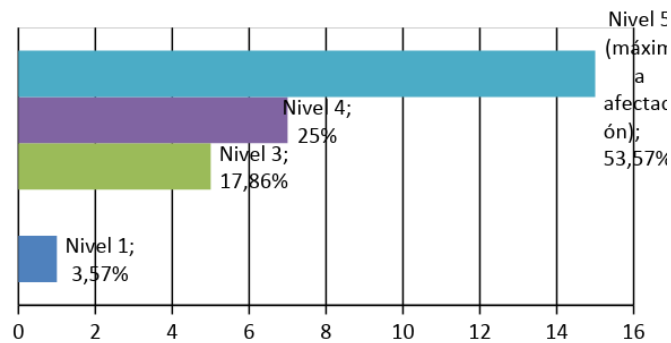
Respecto al nivel de afectación en la calidad de vida del cuidador derivada de la enfermedad del niño, 17 de los cuidadores manifestaron tener un nivel 5 (máxima afectación), 7 un nivel 4, 8 un nivel 3 y 1 un nivel 1 (mínima afectación).

Gráfico 14. Complicaciones en el cuidador a causa de la enfermedad del niño



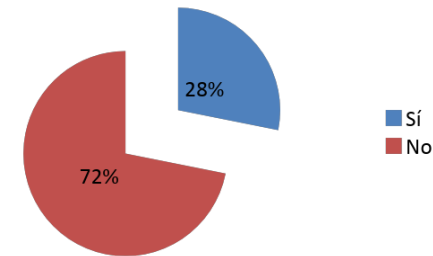
En referencia a las complicaciones en el cuidador a causa de la enfermedad del niño, 28 de los encuestados afirmaron tenerlas, mientras que 5 respondieron que no.

Gráfico 15. Nivel de afectación de las complicaciones en la calidad de vida del cuidador



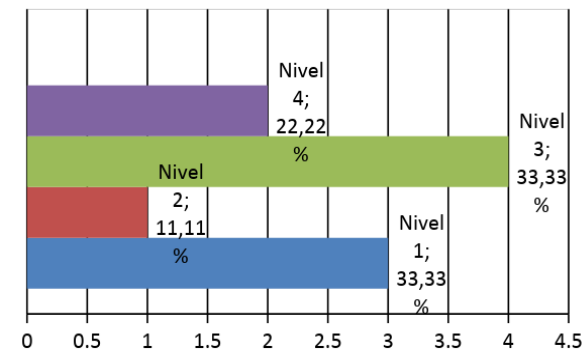
Respecto al nivel de afectación de las complicaciones en la calidad de vida del cuidador, 15 respondieron tener un nivel 5 (máxima afectación), 7 un nivel 4, 5 un nivel 3, y, 1 un nivel 1 (mínima afectación).

Gráfico 16. Otras enfermedades en el cuidador



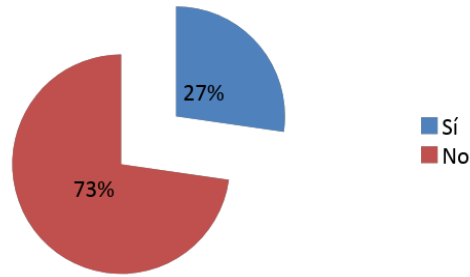
En cuanto a otras enfermedades en el cuidador, 9 de los cuidadores indicaron padecer alguna enfermedad, mientras que 23 indicaron que no.

Gráfico 17. Nivel de afectación de sus otras enfermedades en la calidad de vida del cuidador



Respecto al nivel de afectación de las otras enfermedades del cuidador en su calidad de vida, 2 indicaron un nivel 4 (siendo el nivel 5 la máxima afectación), 3 indicaron un nivel 3, 1 indicó un nivel 1, y, 3 indicaron un nivel 1 (mínimo nivel).

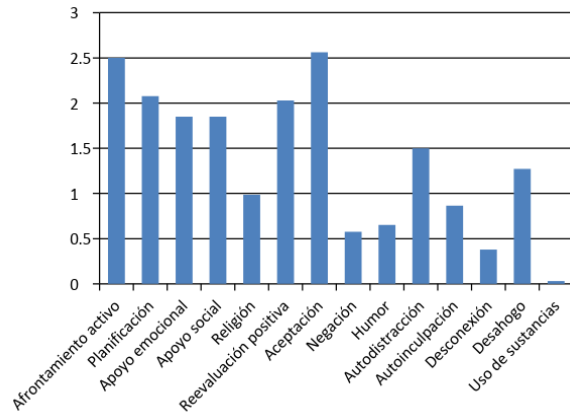
Gráfico 18. Pertenecer a algún grupo de apoyo o asociación



En cuanto a grupos de apoyo y asociaciones, 24 de los cuidadores respondieron que no pertenecían a ningún grupo de apoyo o asociación, mientras que 9 sí pertenecía.

Resultados descriptivos escala COPE

Gráfico 19. Escala COPE, estrategias de afrontamiento



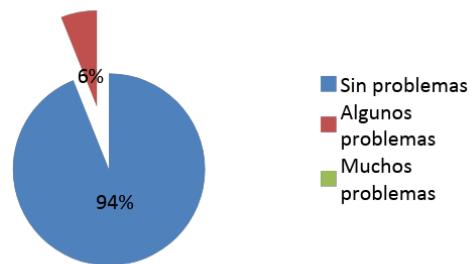
En relación a las estrategia de afrontamiento más utilizada por los cuidadores (escala COPE) fue la aceptación, seguida por el afrontamiento activo y la planificación. Con el fin de reflejar los datos obtenidos referentes al afrontamiento calculamos la media y la desviación típica de los resultados en cada una de las 14 subescalas obteniendo las siguientes cifras:

Tabla 3. Media, desviación típica, máximo y mínimo subescalas COPE

Subescalas	Media	Desviación típica	Máximos	Mínimos
Afrontamiento activo	2,50	0,612	3	1
Planificación	2,08	0,885	3	0
Apoyo emocional	1,85	0,996	3	0
Apoyo social	1,85	0,996	3	0
Religión	0,98	1,169	3	0
Reevaluación positiva	2,03	0,760	3	0
Aceptación	2,56	0,596	3	1
Negación	0,58	0,686	3	0
Humor	0,65	0,734	3	0
Autodistracción	1,50	0,848	3	0
Autoinculpación	0,86	0,721	3	0
Desconexión	0,38	0,613	2	0
Desahogo	1,27	0,708	3	0
Uso de sustancias	0,03	0,174	1	0

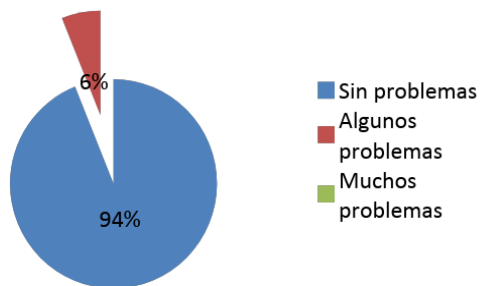
Resultados descriptivos escala EUROQOL-5D:

Gráfico 20. Movilidad, escala EUROQOL-5D



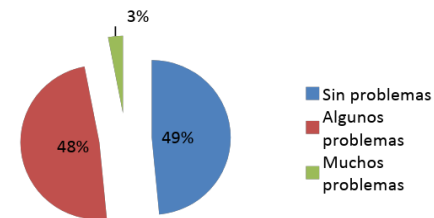
Respecto a la movilidad de los cuidadores, 31 respondieron que no tenían problemas, 2 respondieron que tenían algunos problemas y ninguno respondió la opción de muchos problemas.

Gráfico 21. Cuidado personal, escala EUROQOL-5D



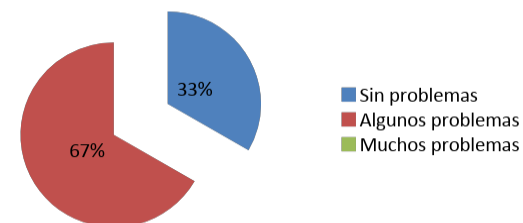
En cuanto al cuidado personal, 31 respondieron que no tenían problemas, 2 respondieron que tenían algunos problemas y ninguno respondió la opción de muchos problemas.

Gráfico 22. Actividades cotidianas, escala EUROQOL-5D



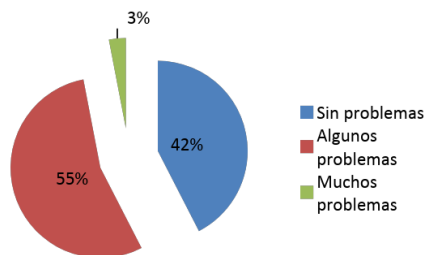
Referente a las actividades cotidianas, 16 respondieron que no tenían problemas, 16 respondieron que tenían algunos problemas y 1 respondió la opción de muchos problemas.

Gráfico 23. Dolor/Malestar, escala EUROQOL-5D



En relación al dolor o malestar, 11 respondieron que no tenían problemas, 22 respondieron que tenían algunos problemas y ninguno respondió la opción de muchos problemas.

Gráfico 24. Ansiedad/Depresión, escala EUROQOL-5D



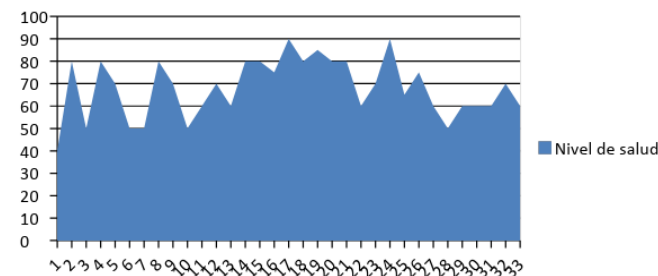
Respecto a ansiedad o depresión, 14 respondieron que no tenían problemas, 18 respondieron que tenían algunos problemas y 1 respondió la opción de muchos problemas.

Referente a los datos descriptivos anteriores, calculamos la media, desviación típica, el dato máximo y mínimo en cada una de las esferas de la escala EUROQOL-5D, con el fin de reflejar los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 4. Media, desviación típica, máximo y mínimo de las esferas de EUROQOL-5D

Esferas	Media	Desviación típica	Máximo	Mínimo
Movilidad	1,07	0,262	2	1
Cuidado personal	1,07	0,262	2	1
Actividades cotidianas	1,54	0,576	3	1
Dolor/Malestar	1,68	0,476	2	1
Ansiedad/Depresión	1,61	0,497	2	1

Gráfico 25. Nivel de autovaloración del estado de salud, termómetro EUROQOL-5D.



En cuanto al termómetro analógico para la autovaloración del estado de salud de los cuidadores, la media obtenida fue de 68,57, el dato máximo 90, el mínimo 50 y una desviación típica de 12,237.

Análisis de Normalidad:

Para comenzar a obtener los resultados estadísticos utilizamos la prueba no paramétrica de Normalidad Kolmogórov-Smirnov. El resultado obtenido fue menor a 0,05 por lo que no se encontraba dentro de la normalidad.

Relación entre variables:

Posteriormente relacionamos las variables entre sí aplicando las siguientes pruebas estadísticas:

- U de Mann-Withney (comparación de medias):
 - o Sexo (datos sociodemográficos) y subescalas del cuestionario COPE:

No se encontraron diferencias significativas, ya que los resultados fueron mayores de 0,05.

- o Sexo y complicaciones en la calidad de vida percibida por el cuidador a causa de la enfermedad del niño:

No se encontraron diferencias significativas, ya que los resultados fueron mayores de 0,05.

o Pertener a algún grupo de apoyo o asociación y complicaciones en la calidad de vida percibida por el cuidador a causa de la enfermedad del niño:

No se encontraron diferencias significativas, ya que los resultados fueron mayores de 0,05.

- Rho de Spearman (correlación entre variables cuantitativas o semi-cuantitativas ordinales):

Encontramos significación de asociación, pues los resultados fueron menores de 0,05, entre las siguientes variables:

o COPE:

Afrontamiento activo – Apoyo emocional.

Afrontamiento activo – Apoyo social.

Afrontamiento activo – Religión.

Afrontamiento activo – Aceptación.

Apoyo emocional – Apoyo social*.

Religión – Desconexión.

Reevaluación positiva – Aceptación*.

Reevaluación positiva – Autoinculpación*.

Reevaluación positiva – Complicaciones calidad de vida.

Aceptación – Autoinculpación*.

Aceptación – Complicaciones calidad de vida.

Autoinculpación – Complicaciones calidad de vida.

*La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Respecto al análisis mediante la Rho de Spearman de las variables subescalas del cuestionario COPE junto con edad (datos sociodemográficas) no se encontró ninguna significación, puesto que los resultados fueron mayores de 0,05.

o EUROQOL-5D:

En cuanto al análisis mediante la Rho de Spearman de las variables del cuestionario EUROQOL-5D junto con edad (datos sociodemográficas) se encontró significación en la variable Dolor/Malestar, ya que el resultado fue menor de 0,05.

En referencia a la correlación entre las variables del EUROQOL-5D se encontró significación, ya que el resultado fue menor a 0,05, entre las si-

guientes:

Cuidado personal – Actividades cotidianas.

Movilidad – Cuidado personal.

Dolor/Malestar – Ansiedad/Depresión.

Por último, respecto a la relación entre la calidad de vida y el afrontamiento de los cuidadores, mediante la Rho de Spearman, encontramos significación, pues el resultado fue menor a 0,05, entre las siguientes variables:

Planificación - Termómetro: relación inversa, puesto que el coeficiente de correlación fue negativo.

Planificación – Dolor/Malestar: relación directa, puesto que el coeficiente de correlación fue positivo.

Planificación – Ansiedad/Depresión: relación directa, puesto que el coeficiente de correlación fue positivo.

Aceptación – Ansiedad/Depresión: relación directa, puesto que el coeficiente de correlación fue positivo.

Discusión de los resultados

En esta sección se presenta la discusión del análisis de los resultados obtenidos en cuanto al perfil sociodemográfico del cuidador de niños con enfermedades raras altamente discapacitantes en la ciudad de Valencia, a sus estrategias de afrontamiento de la enfermedad y a su calidad de vida. Los datos obtenidos en el presente estudio confirmaron que la mayoría de los cuidadores eran principalmente mujeres casadas, tal y como relata la literatura revisada (Montero, Jurado y Méndez, 2014). Además, otros estudios consultados respaldaron nuestros resultados, ya que en la mayoría de casos de niños con enfermedades raras eran sus propias madres las que habían asumido las funciones del cuidado de sus hijos, teniendo que abandonar en algunas ocasiones su vida laboral debido al tiempo que exigían las tareas de atención y cuidado (Jiménez y Huete, 2015; Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE 2006; Instituto Nacional de Estadística; 2008). Por otro lado, se observó que más de la mitad de los cuidadores presentaban una percepción de afectación máxima (nivel 5) en su calidad de vida como consecuencia de la enfermedad

del niño, y que muchos otros un nivel de afectación importante (nivel 3 o 4). Esta afectación en su percepción de calidad de vida les generaba una serie de complicaciones tales como ansiedad, depresión y carga emocional excesiva, lo cual coincide con lo ya reportado por Aung et al. en 2012 (Aung, Saw, Chan, Khaing, Quah et al., 2012). De esta manera, se encontraron congruencias con lo referido por Muñoz y Proaño en 2015, ya que relacionan la percepción de salud y la calidad de vida de los cuidadores con el grado de sobrecarga y ansiedad (Muñoz y Proaño, 2015). Sin embargo, en la literatura también han sido reportados aspectos positivos referentes al cuidado no formal, como por ejemplo el aumento de sentido y de afecto en la vida de los cuidadores (Ballesteros, 2006).

Respecto a la relación entre los participantes de esta investigación y los grupos de apoyo o asociaciones, cabe destacar que solo una cuarta parte pertenecía a alguno de ellos, lo que difiere de otros estudios en los que se destaca la relación de ayuda y apoyo social como factor protector en la carga emocional del cuidador (Martínez, Ramos, Robles, Martínez y Figueroa, 2012).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento de los cuidadores de niños con enfermedades raras, nuestro estudio determinó que las más utilizadas fueron la aceptación, el afrontamiento activo y la planificación. Sin embargo, estos datos difieren del estudio realizado por De la Rosa, Gutiérrez, Pájaro, Pardo y Ramos en 2008, que afirmaba que la estrategia más utilizada por los cuidadores era la búsqueda de apoyo espiritual (religión), seguida de reestructuración familiar (afrontamiento activo) y búsqueda de apoyo social (De la Rosa, Gutiérrez, Pájaro, Pardo, Ramos et al., 2016).

Con respecto a la religión o búsqueda de apoyo espiritual en los cuidadores, nuestros resultados indicaron que únicamente un 0,98 de media, entre una puntuación de 0 y 3, escogieron esta estrategia de afrontamiento. Esto contrasta por lo aportado por Friedman y Cols en 2006, quienes señalan que la estrategia de religión mejora la adaptación al estrés, el proceso de aceptación y el afrontamiento (Navas y Villegas, 2006).

Algunos estudios (Brehaut et al, 2008) informan que los cuidadores de niños con enfermedades raras tienen más del doble de probabilidad de padecer patologías crónicas, limitaciones de actividad y síntomas depresivos elevados, además, tienen mayor probabilidad de tener problemas de salud que los cuidadores de niños sanos (Brehaut, Kohen, Garner, Miller,

Lach et al., 2009). Estos datos coinciden con los resultados obtenidos en nuestro análisis sobre la percepción de salud y con las facetas afectadas en la calidad de vida de los cuidadores de nuestra muestra.

No obstante, se ha encontrado en la literatura (Beresford, 1999) que los padres que están al cuidado de sus hijos afectados por una enfermedad rara, a menudo, consiguen equilibrar los aspectos negativos de la enfermedad creando fuertes estrategias de afrontamiento, como la valoración de los aspectos positivos de la relación cuidador-hijo, la actuación para control del estrés, la búsqueda de información, la planificación y el planteamiento de estrategias para el mantenimiento de sí mismos (Beresford, 2010). Esto explica que en nuestro estudio, los resultados positivos se localizaran en las estrategias de aceptación, afrontamiento activo y planificación.

Respecto a la calidad de vida de los cuidadores, un aspecto ya reportado por otros autores (Ramos y Jarillo, 2011) es la eficacia percibida en su rol como cuidadores, que podría ser un factor protector frente a la sobrecarga de las demandas del cuidado. Sin embargo, señalan que la exigencia de los cuidadores consigo mismos y su esfuerzo constante, podría ser un factor de riesgo que vulnere su calidad de vida relacionada con la salud (Ramos y Jarillo, 2014). En referencia a esto, se ratifican los resultados de nuestro estudio, en los que detectamos resultados generales positivos en la autovaloración de la salud de los cuidadores, pero una afectación importante en algunas de las facetas analizadas en su calidad de vida (actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión).

Conclusiones

Los datos obtenidos en este estudio nos permitieron determinar las siguientes conclusiones:

- En relación a nuestro objetivo principal, se encontraron valores significativos de correlación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los cuidadores en las siguientes variables:
 - o A mayor planificación menor resultado en el termómetro de autovaloración del estado de salud.
 - o A mayor planificación mayor resultado en dolor o malestar.
 - o A mayor planificación mayor resultado en ansiedad o depresión.

o A mayor aceptación mayor resultado en ansiedad o depresión.

• El perfil sociodemográfico del cuidador de niños con enfermedades raras altamente discapacitantes en la ciudad de Valencia estuvo mayoritariamente representado por las propias madres del niño cuidado. Principalmente, mujeres casadas, con una edad media alrededor de los 43 años, que no pertenecían a ningún grupo de apoyo o asociación y que percibían su estado de salud en general como bueno.

• Las enfermedades raras altamente discapacitantes en la infancia tuvieron un impacto negativo en el afrontamiento (subescalas de desconexión, negación, humor, autoinculpción, religión, desahogo y auto-distracción). Sin embargo, la estrategia de afrontamiento más utilizada por los cuidadores de niños con enfermedades raras altamente discapacitantes fue la estrategia de aceptación, seguida por el afrontamiento activo y la planificación.

• Las enfermedades raras altamente discapacitantes en la infancia tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida (problemas para la realización de actividades cotidianas, dolor o malestar y problemas de ansiedad o depresión) de sus cuidadores.

• No se detectaron datos significativos de relación entre las variables sociodemográficas y relacionadas con el curso de la enfermedad con el afrontamiento de los cuidadores de niños con enfermedades raras altamente discapacitantes.

• Se encontraron valores significativos de correlación directa entre las variables sociodemográficas y relacionadas con el curso de la enfermedad con los problemas de dolor o malestar de la calidad de vida de los cuidadores de niños con enfermedades raras altamente discapacitantes.

• Se hallaron evidencias de correlación directa significativa entre las siguientes estrategias de afrontamiento en los cuidadores:

o Afrontamiento activo - Apoyo emocional, social, religión y aceptación.

o Desconexión - Religión.

• Se localizaron valores significativos de correlación directa entre las siguientes facetas analizadas en la calidad de vida de los cuidadores:

o Cuidado personal - Actividades cotidianas.

o Movilidad - Cuidado personal.

o Dolor/Malestar - Ansiedad/Depresión.

Propuestas

A partir de este trabajo pretendemos que enfermería pueda proponer proyectos de mejora en educación sanitaria, implementar programas preventivos psicoeducativos, desarrollar una serie de objetivos e intervenciones para contribuir a que el cuidador obtenga el máximo nivel de salud mediante sus habilidades de autocuidado, logre una satisfacción positiva ante la vida, alcance un bienestar espiritual, mejore su capacidad para la resolución de problemas y afrontamiento, minimice la sobrecarga emocional y obtenga información sobre recursos disponibles y grupos de apoyo. Enfermería, dentro del equipo multidisciplinar, tiene uno de los papeles más importantes de ayuda y apoyo al cuidador, y por consiguiente, para la mejora de su capacidad de afrontamiento y calidad de vida. Para el desempeño de estas funciones, cabe destacar la importancia de la investigación enfermera sobre los cuidados de salud, donde los medicamentos no llegan, ya que el desarrollo y la actualización de conocimientos constituyen uno de los pilares principales en los fundamentos de la enfermería, y cuyo compromiso se encuentra recogido el Código Deontológico de la Enfermería Española (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1989) y en el Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunidad Valenciana (Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana, 2010). En definitiva, para avanzar y convertirnos en mejores profesionales de la salud, debemos continuar investigando en este campo, convertirnos en una población más preparada para garantizar la calidad de vida del niño afectado por una enfermedad rara y de su cuidador, por lo que será imprescindible invertir en él con tiempo, dedicación, formación, educación para la prevención de futuros problemas de salud y disminución, en la medida de lo posible, de las dificultades a las que deba enfrentarse en su día a día.

Referencias bibliográficas

Anderson, M., Elliot, E. y Zurynski Y. (2013). Australian families living with rare disease: experiences of diagnosis, health services use and needs for psychosocial support. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 8 (1), 22.

Armstrong, P. (2002). Thinking it through: Women, work and caring in the new millennium. *Canadian Women Studies/les cahier de la femme*, 21/22(4/1), 44-50.

Aung, L., Saw, S., Chan, M., Khaing, T., Quah, T. y Verkooijen, H. (2012). The hidden impact of childhood cancer on the family: a multi-institutional study from Singapore. *Academy of Medicine of Singapore*, (4), 170-175.

Ballesteros, B. (2006). Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados con malformaciones congénitas. *Universitas Psicológica*, 5(3), 457-473.

Beresford, B. (1996). Coping with the care of a severely disabled child. *Health & Social Care in the Community*, 4(1), 30-40.

Brehaut, J., Kohen, D., Garner, R., Miller, A., Lach, L., Klassen, A. et al. (2009). Health Among Caregivers of Children With Health Problems: Findings From a Canadian Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1254-1262.

Campoy, Cervera I. (2003). Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España [Internet]. 1st ed. UNICEF. Comité Español [cited 8 October 2016]. Available from: http://solidaria.unicef.es/pdf/Cuadernos_debateII_infancia_discapacidad_2013.pdf

Castillo, S. (2015). Enfermedades raras. Contacto Científico, 5(4). Información general sobre enfermedades raras [Internet]. Enfermedades-raras.org. 2016 [cited 25 November 2016]. Available from: <http://www.enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras>

CECOVA - Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. Portalcecov.es. 1989 [cited 25 November 2016]. Available from: <http://portalcecov.es/codigo-deontologico>

CECOVA - Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana [Internet]. Portalcecov.es. 2010 [cited 25 November 2016]. Available from: <http://portalcecov.es/codigo-deontologico>.

Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., Fasth, A. y Hallberg L. (2006). Stress and well-being among parents of children with rare diseases: A prospective intervention study. *Journal of Advanced nursing*, 53(4), 392-402.

De la Rosa Eljaiek, C., Gutiérrez, Castilla A., Pájaro, Mendoza I., Pardo, González V., Ramos, Camargo K., Díaz, Montes C., et al. (2008). *Estrategias de afrontamiento de familias de niños con cáncer de dos instituciones de salud de la ciudad de Cartagena* [Internet]. 1st ed. Universidad de Cartagena [cited 7 December 2016]. Available from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3248>

De Mejía, B., Botero, E., y Pico Merchán, M. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12:11-24.

Enfermedades raras en cifras [Internet]. Enfermedades-raras.org. 2017 [cited 19 February 2017]. Available from: <http://www.enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/enfermedades-raras-en-cifras>.

Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008. [Internet]. 1st ed. Instituto Nacional de Estadística; 2008 [cited 23 November 2016]. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2005). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 6:425-429.

Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Raat, H., Codina F, Azuara M, Robles N. et al. (2015). Development of the web-based Spanish and Catalan versions of the Euroqol 5D-Y (EQ-5D-Y) and comparison of results with the paper version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13 (1), 72.

Información general sobre enfermedades raras [Internet]. Enfermedades-raras.org. 2016 [cited 25 November 2016]. Available from: <http://www.enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras>

Jansson K., Németh G., Granath F., Jönsson B. y Blomqvist P. (2009). Health-related quality of life (EQ-5D) before and one year after surgery for lumbar spinal stenosis. *Bone & Joint Journal*, 91 (2):210-216.

Jiménez Lara, A. y Huete García, A. (2016). Informe Olivenza 2015 - Observatorio de la Discapacidad [Internet]. Observatoriodeladiscapacidad.info. 2016 [cited 22 November 2016]. Available from: <http://observatoriodeladiscapacidad.info/documentos/informe-olivenza/71-informe-olivenza-2015.html>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [Internet]. Boe.es. 2006 [cited 13 December 2016]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990v>

Martínez, C., Ramos, B., Robles, M., Martínez, L. y Figueroa, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 275-282.

Martínez, González L., Robles Rendón, T., Ramos del Río, B., Santiesteban Macario, F., García Valdés, M., Morales Enríquez, M. et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20, 23-29.

Martínez, R., Ramos, B., Robles, M., Martínez, L. y Figueroa, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 22(2): 275-282.

Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S. y Méndez Venegas, J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud*, 24(1), 45-53.

Muñoz Tapia, K. y Proaño López, A. (2015). *Comparación de ansiedad y sobrecarga de trabajo entre cuidadores informales de niños de 0 a 17 años con cardiopatías congénitas y parálisis cerebral infantil en la consulta externa de pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín en los meses de septiembre a noviembre del 2014*. [internet]. 1st ed. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina [cited 6 November 2016]. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11951>Referencias

Nava Quiroz, C., Ollua Méndez, P., Vega Valero, C. y Soria Trujano, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2):213-220.

Navas, C. y Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.

Pérez Jiménez, D., Rodríguez Salvá, A., Herrera Travieso, M., García Roche, R., Echemendía Tocabens, B. y Chang de la Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 51(2), 174-183.

Posada de la Paz, M., Martín Arribas, M., Ramírez, A., Villaverde Hueso, A. y Abaitua Borda, I. (2008). Enfermedades raras. Concepto, epidemiología y situación actual en España. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 31(Nº. Extra 2, 2008), 9-20.

Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S., Russell, D. et al. (2005). The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 115(6), 626-636.

Ramos del Río, B. y Jarillo Soto, E. C. (2015). El cuidado informal de personas con enfermedad renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones sociales. *En-claves del pensamiento*, 8(15), 195-216.

Red 2Red Consultores, S. L. (2008). *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica*. 1st ed. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad).

Sulch, D., Kalra, L. Quality of Life. (2003). *Quality of life in caregivers*. 1st ed. London: Alison J Carr, Irene J Higginson, Peter G Robinson. BMJ Books.

Tomás-Sábado, J. (2010). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería*. 2nd ed. Universidad Autónoma de Barcelona.

Vanegas García, J. y Maritza Gil, Oband L. (2007). Disability, a perspective from the systems theory and the biopsychosocial model. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1).

El efecto del sexo en el bienestar subjetivo de los adolescentes

(Sex effect in adolescents well-being)

Por Virginia Romero-Reignier⁵⁵

Resumen

Antecedentes. Desde el punto de vista evolutivo, la adolescencia es un momento de muchas transformaciones no solamente físicas, sino también psicológicos y mentales. La literatura actual indica que el bienestar, en la edad adolescente, se relaciona con aspectos tan importantes como son mejores relaciones sociales, mejor rendimiento académico y mejora de la salud física, mental y del sistema inmunológico, entre otros aspectos. Además, es interesante señalar que en la literatura actual no existe un consenso sobre las diferencias según el sexo de los adolescentes, por lo que resulta muy interesante seguir investigando en esta vía. Por otra parte, el bienestar se ha medido de forma muy diferente según la corriente psicológica aplicada.

Método. En el presente estudio, se ha utilizado la escala de Experiencias Positivas y Negativas (Scale of Positive and Negative Experiences – SPANE) de Diener (2010) que ha sido traducido y validado en español por León-Pinilla (2015). Se realizó el pase de esta escala en horario escolar a una muestra de conveniencia de 797 que estaban cursando 41 de la ESO en 42 centros educativos de la Comunidad Valenciana, Murcia y Palma de Mallorca, con el consentimiento escrito de los padres, por ser los sujetos del estudio menores de edad.

⁵⁵Profesora adjunta. Universidad Europea de Valencia. Calle General Elio, 8/10. 46010. Valencia. Contacto: virginia.romero@universidadeuropea.es.

Resultados. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en función del sexo de los sujetos estudiados, tanto en las variables estudiadas como en la correlación de las mismas. Los chicos muestran mayores puntuaciones en sentimientos positivos y equilibrio emocional y las chicas obtienen mayores correlaciones altas y significativas en las tres variables del estudio.

Conclusiones. Este estudio parece indicar que existen claras diferencias entre sexos en los niveles de bienestar subjetivo, aunque sigue siendo necesario seguir estudiando sobre esta temática, ya que no existe mucha literatura en la edad adolescente.

Palabras clave: Bienestar subjetivo; Adolescencia; Diferencias por sexos

Abstract

Background. From the evolutionary point of view, the adolescence is a moment of many transformations, not only physical, but also psychological and mental. The current literature indicates that the well-being, in the adolescent age, is related to aspects as important as there are better social relations, better academic performance, and improvement of the physical, mental health and of the immunological system, between other aspects. Also, it is interesting to indicate that in the current literature a consensus does not exist on the differences according to the sex of the adolescents, therefore it turns out very interesting to continue investigating in this way. On the other hand, the well-being has measured up of very different form according to the applied psychological current.

Method. In the present study, there has been used the scale of Positive and Negative Experiences (Scale of Positive and Negative Experiences - SPANE) of Diener (2010) that has been translated and validated in Spanish by León-Pinilla (2015). There was realized the pass of this scale in school schedule to a sample of convenience of 797 that were dealing in 4^o of ESO in 42 educational centers of the Valencian Community, Murcia and Palma, with the written assent of the parents, for being the subjects of the study minors.

Results. The results show that significant differences exist according to the sex of the studied subjects, both in the variables studied like in the correlation

of the same ones. The boys show major ratings in positive feelings and emotional balance and the girls obtain major high and significant correlations in the three variables of the study.

Conclusions. This study seems to indicate that clear differences between sexes exist in the levels of subjective well-being, although it being necessary to continue studying on this subject matter, since many literature does not exist in the teen age.

Keywords: Subjective well-being; Adolescent; Sex differences

Introducción

La adolescencia es el momento evolutivo donde el ser humano debe enfrentarse a grandes retos como son cambios físicos y psicológicos. El bienestar es uno de los pilares psicológicos que le permiten al adolescente afrontar esta etapa y poder definir su personalidad así como encontrar su espacio en la sociedad (Guillon y Crocq, 2004). En cuanto a las diferencias en función del sexo, la literatura no las define claramente (Diener, 2000). Estos datos invitan a seguir investigando más sobre esta temática.

Para el presente trabajo, se ha seleccionado la definición de bienestar de Diener (2003) y que considera el bienestar subjetivo como el “análisis científico de cómo los sujetos evalúan su vida, desde el pasado, pasando por el momento actual y hasta a largo plazo” (Diener, Oishi y Lucas, 2003). Estas evaluaciones recogen: las reacciones emocionales de los sujetos frente a diversas situaciones, sus estados de ánimo, sus juicios acerca de su satisfacción con la vida y su satisfacción con varios ámbitos de su vida, como el matrimonio o el trabajo.

Por otro lado, en el inicio del presente siglo, se inician los estudios en los que se relaciona el bienestar subjetivo con aspectos de la vida de las personas como son:

- Mejores relaciones sociales (Diener y Seligman, 2002; Holder, Coleman y Sehn, 2009; Lyubomirsky, King y Diener, 2005).
- Mejores resultados académicos (Gilman, Dooley y Florell, 2006; Marques, Pais-Ribeiro y López, 2011).
- Mejora de la salud física, mental y el sistema inmunológico

(Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner, 2006; Marques et al., 2011; Park, 2004; Veenhoven, 2008).

- Mejor competencia emocional y menos quejas somáticas (Górriz Plumed, Prado-Gascó, Villanueva Badenes y González Barrón, 2015).

Si bien es cierto que el bienestar es importante en cualquier momento del ciclo vital, en la adolescencia adquiere mayor trascendencia por los cambios tanto físicos como emocionales y de comportamientos que surgen y que obligan a los sujetos a controlar sus niveles de bienestar (Ronen, Hamama, Rosenbaum y Mishely-Yarlap, 2014). Así pues, actualmente no existen mucha literatura que aporten datos sobre población adolescente (Casas et al., 2013; Huebner, 2004).

Con respecto a las diferencias entre sexos en relación a los niveles de bienestar en los adolescentes, los estudios no son concluyentes (Diener y Lucas, 2000). Observamos resultados científicos que muestran como las chicas son las que tienen menores niveles de bienestar que los chicos (Ma, Zeng y Ye, 2015; Turner y Schieman, 2008). Por lo contrario, otros resultados apuntan a que son los chicos los que tienen menores niveles de bienestar que las chicas (Raižienė y Garckija, 2013; Tomyň y Cummins, 2011).

Por todo ello, el presente estudio puede aportar información novedosa para poder contrastar los resultados científicos publicados con anterioridad.

Método

Participantes

En el presente estudio, se contó con la participación de 797 adolescentes de 42 centros de educativos de la Comunidad Valenciana (64%), Palma de Mallorca y Murcia (17%). El 71% procedían de centros privados/concertados y la edad de los estudiantes estaba entre los 14 y los 18 años, con una media de edad de 15,5 años (DT=0,68). Por último, 422 participantes fueron mujeres, es decir el 54,2% del total de la muestra.

Variables e Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizó un instrumento autoadministrado llamado *Scale of Positive and Negative Experience* (SPANE) (Ed Diener et al., 2010) traducido al español por León-Pinilla (2015). Es una escala de 12 ítems, donde 6 ítems evalúan los sentimientos positivos (SPANE-P) y 6 ítems representan los sentimientos negativos (SPANE-N) de los participantes. Además, se obtiene una medida del equilibrio afectivo o balance hedónico (SPANE-B) realizando la media de los sentimientos negativos y los sentimientos positivos. La escala utiliza un formato tipo Likert de 5 anclajes (1=muy raramente o nunca y 5= muy a menudo o siempre). En el presente estudio ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (SPANE-P $\alpha = 0,84$ y SPANE-N $\alpha = 0,79$).

Procedimiento

Para obtener los datos, se pasó primero la comisión bioética de la Universidad Europea, para seguidamente seleccionar los centros a partir de los centros que participaron en el proyecto de investigación “La liga de debate como herramienta para el desarrollo de las habilidades comunicativas y la inteligencia emocional de los adolescentes” concedido por la Universidad Europea de Madrid con referencia 2014/UEM27, cuyo investigador principal es el Dr. Vicente Javier Prado-Gascó del Departamento de Ciencias de la Salud. Los centros seleccionados recibieron la información de que los datos se iban a tratar de forma anónima, y respetando los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki: los padres o tutores legarles del menor participante tuvieron que firmar un consentimiento informado, se les informaron de sus derechos a la información, de la protección de los datos personales así como del respeto a la confidencialidad, no discriminación y posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. El pase de cuestionario tuvo lugar de forma grupal, en horario de tutoría y con el profesor responsable para poder resolver las posibles dudas.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS (versión 22) y EQS (versión 6.2). Inicialmente, se calcularon los principales estadísticos descriptivos para las variables de estudio (mínimo, máximo, media, desviación típica) diferenciadas por sexos. Posteriormente, se realizó un análisis de fiabilidad, calculando el alfa de Cronbach, sin embargo, dado que este índice no tiene en cuenta la influencia sobre la fiabilidad del resto de constructos, se calculó el coeficiente de fiabilidad compuesta (CFC) y la varianza media extraída (AVE) (Fornell y Larcker, 1981). Por último, se realizaron pruebas T de muestras independientes en función del sexo para cada variable del estudio. Y se calcularon las correlaciones de Pearson entre las variables diferenciadas por sexo.

Resultados

Analizados los resultados obtenidos de la muestra (Tabla 1), los chicos obtienen una mayor puntuación en Sentimientos positivos ($M= 23,18$, $DT= 3,99$) y en Equilibrio afectivo ($M= 8,99$, $DT= 7,33$) que las chicas ($M= 22,68$, $DT= 4,32$) y ($M= 7,70$, $DT= 7,31$) respectivamente. Por lo contrario, las chicas obtienen mayor puntuación en Sentimientos negativos ($M= 14,99$, $DT= 4,35$) que los chicos ($M= 14,19$, $DT= 4,76$). Cabe destacar que la prueba T de Student nos muestra la existencia de una diferencia significativa ($p \leq 0,05$) tanto entre los sentimientos negativos como en el Equilibrio afectivo.

	Rango	M (DT)	Chicos (DT)	Chicas (DT)	t
Sentimientos Positivos	6 a 30	22,91 (4,20)	23,18 (3,99)	22,68 (4,32)	1,66
Sentimientos Negativos	6 a 30	14,62 (4,55)	14,19 (4,76)	14,99 (4,35)	-2,42*
Equilibrio Afectivo	-30 a 30	8,29 (7,33)	8,99 (7,33)	7,70 (7,31)	2,46*

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

Por otra parte, se calcularon las correlaciones de las variables según el sexo que se resumen en la Tabla 2. Para el sexo masculino, se observa una correlación alta, positiva y significativa ($p \leq 0,01$) entre los Sentimientos Positivos y el Equilibrio Afectivo ($r= 0,80^{**}$) y una correlación moderada, negativa y significativa ($p \leq 0,01$) con Sentimientos Negativos ($r= -0,40^{**}$). Desde los Sentimientos Negativos, se observa una correlación alta, negativa y significativa ($p \leq 0,01$) con equilibrio afectivo ($r= -0,87^*$). Para el sexo femenino, los resultados muestran una correlación alta, positiva y significativa ($p \leq 0,01$) entre los Sentimientos Positivos y el Equilibrio Afectivo ($r= 0,84^{**}$) y una correlación moderada, negativa y significativa ($p \leq 0,01$) con Sentimientos Negativos ($r= -0,42^{**}$). Por otra parte, solamente se observa una correlación alta, negativa y significativa ($p \leq 0,01$) entre los Sentimientos Negativos y el Equilibrio Afectivo ($r= -0,84^{**}$).

	Sentimientos Positivos			Sentimientos Negativos		
	Total	Chicos	Chicas	Total	Chicos	Chicas
Sentimientos Positivos	1	1	1			
Sentimientos Negativos	-0,403**	-0,396**	-0,403**	1	1	1
Equilibrio afectivo	0,823**	0,802**	0,843**	-0,851**	-0,866**	-0,845**

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

Discusión

El presente trabajo se realizó con el objetivo de conocer más sobre la relación del sexo sobre el bienestar subjetivo de los adolescentes dada la importancia que tiene durante el periodo de mayores cambios físicos y emocionales de las personas. Los resultados han sido interesantes porque por un lado han permitido ampliar la bibliografía existente sobre población adolescente que es pobre por el momento (Casas et al., 2013; Huebner, 2004).

Por otro lado, y tal y como hemos visto durante este capítulo, los resultados de este estudio aportan algún dato que permite concretar anteriores resultados que estaban algo dispersos. Este estudio muestra cómo son los chicos los que muestran mayores puntuaciones tanto en sentimientos positivos como en equilibrio afectivo. Además, son los que muestran correlaciones mayores en positivo entre sentimientos positivos y equilibrio afectivo y en negativo entre sentimientos positivos y negativos. Estos datos respaldan resultados previos como los de Ma et al. (2015). Pero también hay que resaltar que en sentimientos negativos son las chicas las que muestran mayores puntuaciones, y una mayor correlación negativa que los chicos entre sentimientos positivos y equilibrio afectivo. Dichos resultados van en la línea de estudios previos como los de Raižienė y Garckija (2013) o los de Tomyń y Cummins (2011).

Las limitaciones del presente estudio los encontramos en la elección de la muestra que ha sido por conveniencia, lo que nos obliga a pensar en la necesidad de confeccionar en el futuro estudios con muestras mayores y elegidas al azar con el fin de intentar homogeneizar los resultados.

Agradecimientos

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación “La liga de debate como herramienta para el desarrollo de las habilidades comunicativas y la inteligencia emocional de los adolescentes”, concedido por la Universidad Europea de Madrid con referencia 2014/UEM27, cuyo investigador principal es el Dr. Vicente Javier Prado-Gascó del Departamento de Ciencias de la Salud.

Referencias bibliográficas

Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I. y Del Valle, J. F. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29(1), 148–158. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>

Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J. y Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 809–815. <https://doi.org/http://dx.doi.org/01.psy.0000245867.92364.3c>

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 497–527. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>

Diener, E. y Lucas, R. E. (2000). Explaining Differences in Societal Levels of Happiness: Relative Standards, Need Fulfillment, Culture, and Evaluation Theory. *Journal of Happiness Studies*, 1(November 1999), 41–78. <https://doi.org/10.1023/A:1010076127199>

Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403–425.

Diener, E. y Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81–84.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. <https://doi.org/DOI 10.1007/s11205-009-9493-y>

Fornell, C. y Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 39–50.

Gilman, R., Dooley, J. y Florell, D. (2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(2), 166–178. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.2.166>

Górriz Plumed, A. B., Prado-Gascó, V. J., Villanueva Badenes, L. y González Barrón, R. (2015). Psychometric properties of the Somatic Complaints Scale in Spanish children and adults. *Psicothema*, 27(3), 269–276. Retrieved from <http://xv9lx6cm3j.search.serialssolutions.com/direct-Link?&atitle=Psychometric+properties+of+the+Somatic+Complaints+Scale+in+Spanish+children+and+adults.&author=G%25C3%25B3rriz+Plumed%252C+Ana+Bel%25C3%25A9n%253BPrado-Gasc%25C3%25B3%252C+Vicente+Javier%253>

Guillon, M. y Crocq, M. (2004). Estime de soi à l'adolescence: Revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 52(1), 30–36. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0222-9617\(03\)00179-X](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0222-9617(03)00179-X)

Holder, M. D., Coleman, B. y Sehn, Z. L. (2009). The contribution of active and passive leisure to children's well-being. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 378–386. <https://doi.org/10.1177/1359105308101676> [doi]

Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1–2), 3–33.

León-Pinilla, R. (2015). *La interpretación en el contexto de refugiados: camino hacia el bienestar. (Tesis doctoral inédita)*. Castellón: Universidad Jaume I de Castellón. Universidad Jaume I, Castellón.

Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.

Ma, Z.-W., Zeng, W.-N. y Ye, K.-Y. (2015). Gender differences in Chinese adolescents' subjective well-being: the mediating role of self-efficacy. *Psychological Reports*, 116(1), 311–321.

Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L. y López, S. J. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 1049–1062.

Park, N. (2004). The Role of Subjective Well-Being in Positive Youth Development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 25–39. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/002716203260078>

Raižienė, S. y Garckija, R. (2013). Gender differences in subjective well-being and feeling of safety at school: Evidence from cross-lagged relations in a 1-year longitudinal sample. *Socialinis Darbas*, (12–1), 151–162.

Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M. y Mishely-Yarlap, A. (2014). Subjective well-being in adolescence: The role of self-control, social support, age, gender, and familial crisis. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9585-5>

Tomyn, A. J. y Cummins, R. A. (2011). The Subjective Wellbeing of High-School Students: Validating the Personal Wellbeing Index--School Children. *Social Indicators Research*, 101(3), 405–418. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9668-6>

Turner, H. A. y Schieman, S. (2008). Stress processes across the life course. Vol. 13.

Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449–469.

Estudio del tipo de apego en adultos jóvenes solteros y en pareja

(Study of attachment in young adults in a romantic relationship and singles)

Por Estefanía Mónaco⁵⁶, Konstanze Schoeps⁵⁷ y Silvia Postigo⁵⁸

Resumen

Introducción. La teoría del apego de Bowlby (1988) explica las relaciones que se establecen entre el niño y sus cuidadores durante la primera infancia. Según este modelo, los niños cuyos cuidadores se muestran sensibles y responden adecuadamente a sus necesidades, establecen un vínculo de apego seguro y desarrollan una actitud básica de confianza en las personas. La teoría del apego de Bowlby se ha aplicado al estudio de las relaciones amorosas (Hazan y Shaver, 1987). Existen paralelismos entre las cualidades del apego infantil y los patrones conductuales y sentimentales en relaciones de pareja adultas (Widom, Czaja, Kozakowski y Chauhan, 2017). El objetivo del presente estudio es analizar los tipos de apego en una muestra de adultos jóvenes.

Método. Participaron en el estudio 100 jóvenes (66 mujeres) entre 19 y 36 años ($M = 24.71$; $DT = 3.61$). El 60,19% de los participantes tiene ac-

⁵⁶Estudiante de Doctorado Investigación en Psicología y Personal Investigador en Formación de la Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: estefania.monaco@uv.es.

⁵⁷Estudiante de Doctorado Investigación en Psicología y Personal Investigador en Formación de la Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. Contacto: konstanze.schoeps@uv.es.

⁵⁸Profesora del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Valencia. Contacto: silvia.postigo@universidadeuropea.es.

tualmente una relación de pareja. El instrumento utilizado fue la versión española del cuestionario Experiences in Close Relationships (ECR), que evalúa las dimensiones de Ansiedad y Evitación, junto con cuatro tipos de apego: seguro, alejado, preocupado y temeroso. Se realizaron estudios descriptivos y pruebas T.

Resultados. Los resultados indican que el 46% de los participantes tiene un apego seguro, 23% evitativo, 18% preocupado y 13% temeroso. No existen diferencias en las dimensiones de ansiedad y evitación según sexos. Las personas que no tienen pareja puntúan significativamente más alto en la escala de evitación ($t = -4.70$; $p = .000$), que las que sí tienen una relación.

Conclusiones. Consideramos especialmente importante el estudio de los tipos de apego en la juventud, ya que es la etapa evolutiva en la que se empiezan a establecer los primeros vínculos románticos, emergiendo la necesidad de crear unos vínculos de apego más seguros.

Palabras clave: Apego; Jóvenes; Pareja

Abstract

Background *Bowlby's attachment theory (1988) explains the relationships established between the child and his caregivers during early childhood. According to this model, children whose caregivers are sensitive and respond appropriately to their needs, establish a secure bond of attachment and a basic attitude of security in people. Bowlby's attachment theory has been applied to the study of romantic relationships (Hazan & Shaver, 1987). There are parallelisms between the traits of primary attachment and the behavioral and sentimental patterns in adult couple relationships (Widom, Czaja, Kozakowski, & Chauhan, 2017). The aim of the present study is to analyze the types of attachment in a sample of young adults.*

Method. 100 young people (66 women) between 19 and 36 years old participated in the study ($M = 24.71$, $SD = 3.61$). 60.19% of the participants have a relationship nowadays. The instrument used was the Spanish version of the questionnaire Experiences in Close Relationships (ECR), which evaluates the dimensions of Anxiety and Avoidance, along with four types of attachment: secure, avoidant, worried and fearful. Descriptive studies and

t tests were made.

Results. 46% of the participants have a secure attachment, 23% avoidant, 18% worried and 13% fearful. There are no significantly gender differences in dimensions of Anxiety and Avoidance. Compared to the paired people, single participants score significantly higher on the Avoidance scale ($t = -4.70$, $p = .000$).

Conclusions. Is important to study types of attachment during the youth, because it is the development stage in which people begin to establish the first romantic relationships, emerging the need to create more secure attachment bonds.

Keywords: Attachment; Young people; Couple

Introducción

La teoría del apego infantil

Los seres humanos tenemos de forma innata la capacidad para relacionarnos afectivamente unos con otros, constituyéndonos en seres sociales que tienden activamente a construir comunidades organizadas que regulen dicha interacción social (Pinedo-Palacios y Santelices-Álvarez, 2006). La formación de parejas y de familias es parte esencial de cómo construimos estas comunidades: ambas instancias se edifican sobre la base de vínculos interpersonales afectivos, los que, a su vez, están íntimamente relacionados con la capacidad que posee cada individuo para establecer estos lazos (Martínez-Guzmán y Núñez Medina, 2007).

La teoría del apego de Bowlby (1969) explicó cómo se forman y adquieren estas capacidades de vinculación, basándose en las experiencias tempranas sobre el desarrollo emocional del niño o niña. Según Bowlby, estas competencias individuales para vincularse y relacionarse se adquieren en la infancia temprana, en el seno de la interacción con los cuidadores primarios. El "sistema de apego" es considerado como una configuración interna que permite una serie de comportamientos de vinculación (llanto, sonrisa, seguimiento visual, aproximación), que se organizan flexiblemente alrededor de una "figura de apego" en particular, generalmente la madre o el cuidador principal. Bajo condiciones de estrés, este sistema

de apego se activa intensamente y el niño busca protección y seguridad a través de la proximidad con su figura de apego (Bowlby, 1969; 1979; 1980; 1988).

A medida que las aproximaciones de búsqueda de protección y seguridad van sucediendo, el niño o niña construye representaciones de sí mismo y de la relación que mantiene con su figura de apego, lo que se denomina “modelos internos operantes”. Estos modelos son los que organizan los pensamientos, la memoria, las sensaciones y los sentimientos de la persona en torno a estas relaciones tempranas, y sirven de guía para sus comportamientos de apego con las futuras relaciones significativas que mantengan a lo largo de su vida (Delgado y Oliva, 2004). La configuración particular que se adopte a raíz de estas interacciones tempranas, generará en el niño o niña una forma específica de relacionarse con la figura de apego. Esta configuración fue clasificada en cuatro estilos o patrones de apego más habituales (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978): apego seguro, apego ansioso evitativo, apego ansioso resistente o ambivalente y apego desorganizado.

El apego en la etapa adulta

Mientras que durante la infancia el niño tiene como figuras de apego principales a sus padres, a partir de la adolescencia se produce un paso gradual de los distintos componentes conductuales del apego hacia otras figuras distintas de las parentales, lo que origina un cambio en el orden jerárquico de las figuras (Gallego, Delgado y Sánchez-Queija, 2011).

Las funciones principales del apego (búsqueda de seguridad y protección) permanecen en la edad adulta, siendo la pareja romántica la que suele cumplir esta función. Tanto el vínculo paterno-filial como las relaciones de pareja comparten aspectos claves del apego: el contacto físico, los criterios de selección del vínculo, la reacción ante la separación y los efectos sobre la salud (Cassidy, Stern, Mikulincer, Martin y Shaver, 2017; Hazan y Shaver, 1987).

Según Hazan y Zeifman (1999), existen similitudes entre la relación de apego primario (madre-hijo) y la relación romántica adulta, en primer lugar, en la forma de buscar proximidad y contacto: interacción visual, postural, espacial, táctil y sonora. En segundo lugar, los criterios de selección

del vínculo de apego son similares para niños y adultos, vinculándose preferentemente a aquellos que responden a las necesidades propias siendo agradables, responsivos y competentes (Mikulincer y Shaver, 2007). En tercer lugar, existen similitudes en la reacción ante la separación de la figura de apego, generalmente de ansiedad y estrés seguido de un estado depresivo y de letargo, para finalmente, si la separación es excesivamente larga, producirse el desapego o una reorganización afectiva (Hazan, Campa y Gur-Yaish, 2006). Por último, en cuanto a los efectos sobre la salud física y mental, la ruptura con la figura de apego trae consigo una mayor susceptibilidad a desarreglos físicos o psicológicos, debido al efecto negativo sobre el sistema inmunológico (Cassidy et al., 2017; Gorrese, 2015).

Clasificación del apego adulto

Los estudios iniciales de Shaver, Hazan y Bradshaw (1988) sobre el apego en las relaciones amorosas, y los estudios de George, Kaplan y Main (1985) y Main y Goldwyn (1985) sobre los estilos afectivos definieron tres estilos principales de apego adulto: seguro, huidizo y ambivalente, análogos a la clasificación tradicional del apego infantil (Ainsworth et al., 1978). No obstante, investigaciones posteriores ampliaron la tipología de apego adulto a cuatro patrones principales (Bartholomew y Horowitz, 1991): apego seguro, apego preocupado, apego huidizo alejado y apego huidizo temeroso.

Las personas con apego seguro son aquellas con un equilibrio entre las necesidades afectivas y la autonomía personal (Mayselless, 1996). Haciendo una extrapolación de la etapa infantil, las personas seguras son capaces de explorar el entorno que les rodea, puesto que la confianza en sí mismos, y en la respuesta positiva de los demás, les lleva a tener la seguridad de que si les surge un problema tendrán dónde refugiarse y recuperar su seguridad (Gorrese, 2015). Las personas seguras son autónomas en diferentes áreas de su vida, como son el trabajo, la familia, los amigos y los retos personales. Al mismo tiempo, buscan el apoyo emocional en sus figuras de apego cuando lo necesitan (Fraley et al., 2015).

Los individuos con apego preocupado, también denominado ambivalente (Hazan y Shaver, 1987) o dependiente (George et al., 1985), son aquellas

con un modelo mental caracterizado, principalmente, por la inseguridad en la disponibilidad de sus figuras de apego. En sus relaciones adultas, el estilo preocupado se caracteriza por poseer una sensación de falta de valía personal que deriva en una actitud dependiente y un intenso deseo de conseguir la aprobación de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991). Muestra una alta preocupación por las relaciones, elevada necesidad de aprobación y demandas constantes de atención (Cassidy et al., 2017).

Las personas con un estilo de apego huidizo son aquellas que mantienen unas relaciones sociales caracterizadas por la distancia afectiva y la frialdad emocional. Es necesario hacer una distinción de dos estilos afectivos dentro de la categoría de apego huidizo: el alejado y el temeroso (Bartholomew y Horowitz, 1991). Debido a que sus necesidades de apego no fueron satisfechas y la desactivación consecuente de su experiencia en la infancia, en la vida adulta aquellos con apego huidizo alejado priman la valoración del logro, aspecto por el que sí fueron reforzados, tanto en sí mismos como en los demás, al tiempo que niegan parcialmente sus necesidades afectivas. Mayseless (1996) definió al alejado por su elevada desactivación de las necesidades de apego, el alto sentido de eficacia y por la preferencia hacia los objetos. Mediante la minimización de los sentimientos y conductas de afecto mantienen a los demás lo suficientemente alejados como para permitirles mantener su coraza de autosuficiencia, evitando un potencial desestabilizador de su equilibrio emocional (Fraley et al., 2017). Muestran así una autosuficiencia emocional como mecanismo defensivo ante el posible rechazo que pudieran experimentar (Widom, Czaja, Kozakowski y Chauhan, 2017).

Por otro lado, el estilo huidizo temeroso siente incomodidad con la intimidad, necesidad de aprobación, baja confianza en sí mismos y en los demás (Mayseless, 1996), así como un elevado miedo al rechazo. El estilo temeroso comparte aspectos tanto del apego alejado como del preocupado. Al igual que el estilo alejado evita la intimidad, pero difiere, sin embargo, en la necesidad personal de aceptación de los demás para mantener una consideración positiva de sí mismo (Ríos y Violeta, 2017). En lo que respecta a su similitud con la persona preocupada, ambos poseen un concepto negativo de sí mismos unido a una elevada dependencia (Fraley et al., 2015). El temeroso necesita la afirmación y el reconocimiento de los demás, sin embargo, y a diferencia del dependiente, su temor al rechazo

le impide iniciar relaciones íntimas o de amistad. Los temerosos evitan defensivamente la proximidad para evitar el dolor que les supondría la posibilidad de pérdida o de rechazo. Es decir, en el temeroso se combinan las variables de dependencia y evitación, siendo por ello mucho más vulnerable a la soledad y la depresión (Cassidy et al., 2017).

En relación con todo lo descrito anteriormente, el objetivo del presente estudio es analizar los tipos de apego en una muestra de adultos jóvenes, encontrándose algunos en una relación sentimental estable y otros solteros.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 100 jóvenes, con edades comprendidas entre 19 y 36 años ($M= 24.71$; $DT= 3.61$). De los participantes, 66 se clasificaron en género femenino y 34 en género masculino.

Variables e instrumentos

Las variables demográficas estudiadas fueron la orientación sexual, la situación sentimental actual (con o sin pareja romántica monógama) y el tiempo de relación en su caso.

Para el estudio del apego y su clasificación, se utilizó la versión española del cuestionario Experiences in Close Relationships (ECR; Brennan, Clark y Shaver, 1998; versión española de Alonso-Arbiol, Balluerka, y Shaver, 2007). Este instrumento mide las dimensiones de Ansiedad y Evitación y clasifica a las personas en cuatro tipos de apego: seguro, alejado, preocupado y temeroso.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos respetando los principios de la normativa ética de la Asamblea Médica Mundial en la Declaración de Helsinki (2014) de confidencialidad y anonimato. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 22, a través de análisis descriptivos y pruebas T.

Resultados

Orientación sexual y género

De las 100 personas participantes en nuestro estudio, el 83% (83 personas, 52 mujeres y 31 hombres) son de orientación heterosexual. Un 5% (5 personas, 2 mujeres y 3 hombres) son de orientación homosexual, y un 12% (12 personas, 10 mujeres y 2 hombres) son de orientación bisexual.

Relación de pareja

El 62% de los participantes se encuentra actualmente en una relación de pareja. De estas 62 personas, 43 son mujeres (67,2%) y 19 hombres (52,8%). El 38% de los participantes no mantienen una relación de pareja en la actualidad. En el *Gráfico 1* observamos la distribución de frecuencias del tiempo de relación de las personas que tienen pareja, comprendidos entre menos de 6 meses y más de 7 años.

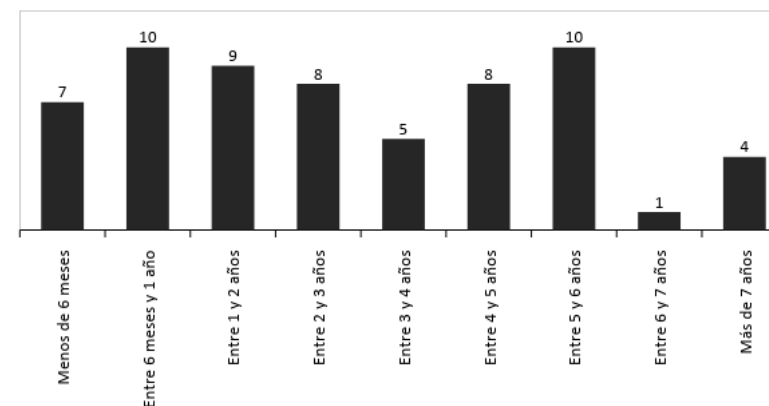


Gráfico 1. Número de personas en función del tiempo de relación

Clasificación del apego

Como se observa en la *Tabla 1*, la mayoría de los participantes manifiestan un apego de tipo seguro (46%, de los cuales 31 son mujeres y 15 hombres). El 18% tienen un apego de tipo preocupado (12 mujeres y 6 hombres). El 36% tienen un apego de tipo huidizo, de los cuales el 23% son de tipo huidizo alejado (13 mujeres y 10 hombres) y el 13% de tipo huidizo temeroso (8 mujeres y 5 hombres).

Tabla 1. Clasificación del tipo de apego según el género

Tipo de apego	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)
Seguro	31 (67,4%)	15 (32,6%)	46 (46%)
Preocupado	12 (66,7%)	6 (33,3%)	18 (18%)
Huidizo alejado	13 (56,5%)	10 (43,5%)	23 (23%)
Huidizo temeroso	8 (61,5%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)

Apego en función del género

Como se observa en la Tabla 2, no existen diferencias significativas en función del género en las dimensiones de ansiedad y evitación del apego.

Tabla 2. Ansiedad y evitación en función del género

	Mujeres M (DT)	Hombres M (DT)	<i>t</i>	<i>p</i>
Evitación	2.47 (.88)	2.59 (.93)	-.65	.515
Ansiedad	3.60 (1.20)	3.38 (1.11)	.93	.355

Apego en función de la relación de pareja

Si atendemos al apego en función de la variable discriminadora tener o no tener pareja actualmente, observamos que existen diferencias significativas en la dimensión Evitación del apego (Tabla 3). Las personas sin pareja tienen significativamente más puntuación en evitación que las personas con pareja. Sin embargo, no existen diferencias significativas en la dimensión de ansiedad entre las personas con pareja y las personas solteras.

Tabla 3. Ansiedad y evitación en función de tener o no relación de pareja

	Con pareja M (DT)	Sin pareja M (DT)	<i>T</i>	<i>p</i>
Evitación	2.22 (.73)	3.00 (.93)	-4.70	.000
Ansiedad	3.38 (1.16)	3.75 (1.17)	-1.53	.130

Discusión

La teoría del apego de Bowlby (1988) explica las relaciones que se establecen entre el niño y sus cuidadores durante la primera infancia. Según este modelo, los niños cuyos cuidadores se muestran sensibles y responden adecuadamente a sus necesidades, establecen un vínculo de apego seguro y desarrollan una actitud básica de confianza en las personas (Sánchez-Queija y Oliva, 2003). Dados los fuertes paralelismos existentes entre la conducta de apego humana y conductas de apego similares que muestran las especies primates no humanas, Bowlby (1973) hipotetiza que la conducta de apego es adaptativa y que ha evolucionado pasando por un proceso de selección natural. De este modo, la conducta de apego ofrece a los niños una ventaja para la supervivencia, protegiéndoles del peligro al mantenerse cerca de su cuidador primario.

Hazan y Shaver (1987) aplicaron la teoría del apego de Bowlby al estudio de las relaciones amorosas, dado que existen paralelismos entre las cualidades del apego infantil y los patrones conductuales y sentimentales en relaciones de pareja adultas (Widom, Czaja, Kozakowski, y Chauhan, 2017).

En cuanto a la clasificación del apego, observamos la proporción de jóvenes con apego inseguro predomina ligeramente sobre los jóvenes con apego de tipo seguro. Es decir, podemos concluir que algo menos de la mitad de los jóvenes entre 19 y 30 años mantienen un equilibrio adecuado entre sus necesidades afectivas y su autonomía personal en diferentes áreas de su vida, como el trabajo, la familia y los retos personales (Fralely et al., 2015), no siendo así en la otra mitad de jóvenes, que tienen mayor tendencia a la ansiedad y/o la evitación en sus relaciones románticas adultas. Según Bartholomew y Horowitz (1991), esto podría deberse a que, durante la infancia, las necesidades de afecto, proximidad, seguridad y confianza de estos jóvenes no fueron satisfechas de forma adecuada por parte de su cuidador o cuidadora principal. En el presente estudio, el 23% de los jóvenes evaluados son personas que relegan sus necesidades afectivas, minimizan sus sentimientos y sus conductas de afecto (apego huidizo alejado); el 18% son personas con síntomas de dependencia emocional y una alta preocupación por las relaciones (apego preocupado); y el 13% sienten incomodidad con la intimidad, una baja confianza en sí mismos y

en los demás, así como un elevado miedo al rechazo a la vez que un fuerte deseo de intimidad (apego huidizo temeroso). El apego huidizo temeroso suele ser el menos frecuente y a la vez el más complejo: son personas que desean la intimidad, pero a su vez la evitan, viviendo las relaciones con un componente alto de ansiedad y contando con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (Cassidy et al., 2017).

En cuanto al género, en nuestro estudio no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los componentes del apego de ansiedad y evitación. Esto va en la línea de las investigaciones iniciales (Feeney y Noller, 1990; Hazan y Shaver, 1987), que no hallaron diferencias de género. Sin embargo, estudios posteriores (Bartholomew y Horowitz, 1991; Brennan, Wu, y Loew, 1998; Gómez-Zapiain, Ortiz, y Gómez-Lope, 2011) han encontrado que, cuando se utiliza la medida categorial de los cuatro perfiles de apego, el estilo huidizo alejado es significativamente más frecuente en varones, y el estilo huidizo temeroso más frecuente en mujeres. A la vez, se observa en la literatura que los hombres revelan más incomodidad con la intimidad, probablemente debido al estereotipo de género masculino que dificulta la expresión de necesidades afectivas (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994; Gómez-Zapiain et al., 2011).

En el presente estudio se ha observado, en primer lugar, que la mayoría de jóvenes participantes se encuentran actualmente en una relación de pareja. En cuanto a la situación sentimental actual y el tipo de apego, observamos en nuestro estudio que las personas solteras tienen una tendencia significativamente mayor a la evitación de la intimidad en los vínculos afectivos que las personas que actualmente tienen una relación de pareja. Una explicación posible a esta diferencia sería que las personas con un alto nivel de evitación muestran una mayor autosuficiencia emocional (Widom et al., 2017), por lo que, tienen menor necesidad de establecer relaciones de tipo romántico. Otra posibilidad que da sentido a este resultado es que las personas con una alta evitación sufren más miedo al rechazo y al abandono, con lo cual, podrían tener más dificultades para establecer una relación de pareja (Fraley et al., 2017).

El área social tiene una influencia directa sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas (Holt-Lunstad, Smith, y Layton, 2010; Uchino, 2009). Dentro del conjunto de vínculos sociales, la relación de pareja es de los más significativos e influyentes, puesto que suele ocupar

un espacio prioritario en el transcurso vital y es el primer paso a la construcción de la familia, el principal agente socializador (Levenson, Haase, Bloch, Holley, y Seider, 2013). Por ello, consideramos especialmente importante el estudio de los tipos de apego en la juventud, dado que es la etapa en la que se comienzan a consolidar los vínculos románticos estables, y emerge la necesidad de ayudar a los jóvenes a crear unos vínculos de pareja caracterizados por la seguridad y la salud (Arnett, 2007).

Referencias bibliográficas

Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.

Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N. y Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14*(1), 45-63.

Arnett, J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child development perspectives, 1*(2), 68-73.

Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 224-226.

Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Londres: Basic Books.

Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford.

Brennan, K. A., Wu, S. y Loev, J. (1998). Adult romantic attachment and individual differences in attitudes toward physical contact in the context of adult romantic relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 394-428). New York, NY: Guilford Press.

Cassidy, J., Stern, J. A., Mikulincer, M., Martin, D. R. y Shaver, P. R. (2017). Influences on Care for Others: Attachment Security, Personal Suffering, and Similarity Between Helper and Care Recipient. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 47, 157-172.

Delgado, A. y Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Feeney, B. C., Noller, P. y Harahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assesment and treatment*. New York: Guilford.

Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E. y Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(2), 354-368.

Gallego, I., Delgado, A. y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27(1), 155–163.

George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). Attachment interview for adults. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J. y Gómez-Lope, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de psicología*, 27(2), 447-456.

Correse, A. (2015). Peer attachment and youth internalizing problems: A meta-analysis. *Child and Youth Care Forum*, 45(2), 177-204.

Hazan, C. y Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 336-354). New York: Guilford Press.

Hazan, C., Campa, M. y Gur-Yaish, N. (2006). Attachment across the lifespan. En A. Kruglanski y J. Forgas (Series Eds.) y P. Noller y J. Feeney (Vol. Eds.), *Frontiers in Social Psychology: Close relationships: Functions, forms and processes* (pp. 189-209). Hove, England: Psychology Press.

Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. y Light, K. (2008). Influence of a “warm touch” support enhancement intervention among married couples on ambulatory blood pressure, oxytocin, alpha amylase, and cortisol. *Psychosomatic medicine*, 70(9), 976-985.

Levenson, R., Haase, C., Bloch, L., Holley, S. y Seider, B. (2013). Emotion regulation in couples. *Handbook of emotion regulation*, 267-283.

Main, M. y Goldwyn, R. (1985). Adult attachment classification system. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.

Martínez-Guzmán, C. y Núñez-Medina, C. (2007). Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): propiedades psicométricas de su versión en Chile. *Interamerican Journal of psychology*, 41(3), 18-25.

Mayselless, O. (1996). Attachment patterns and their outcomes. *Human Development*, 39, 206-223.

Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics y change*. New York: Guilford Press.

Pinedo Palacios, J. y Santelices-Álvarez, M. P. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, 24(2), 38-46.

Shaver, P. R., Hazan, C. y Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioural systems. En R.J. Sternberg y M. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68-99). New Haven, CT: Yale University Press.

Uchino, B. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological science*, 4(3), 236-255.

Widom, C., Czaja, S., Kozakowski, S. y Chauhan, P. (2017). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse and Neglect*, 37(1), 311-318.

