

Anuario de Psicología Clínica y de la Salud

**APCS**

Annuary of Clinical and Health Psychology

ISSN: 1699-6410#

**ANUARIO DE PSICOLOGÍA  
CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**ANNUARY OF CLINICAL  
AND HEALTH PSYCHOLOGY**

<http://institucional.us.es/apcs>

**2009, VOLUMEN 5**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos**

**Universidad de Sevilla**



*Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*  
*Annuary of Clinical and Health Psychology*  
**Volumen 5 (2009) ■ Aplicaciones de la Psicología Positiva en Clínica y Salud**

**Editorial**

*Aplicaciones de la Psicología Positiva en Clínica y Salud, 5*

**Artículos monográficos**

Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva  
*Fernández-Ríos, L. y Cornes, J.M., 7-13*

Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva  
*Vázquez, C.; Hervás, G., Rahona, J.J., y Gómez, D., 15-28*

La promoción de la curiosidad de los estudiantes para participar en un programa preventivo  
*Sánchez Hernández, O.; Méndez, X.; y Garber, J., 29-39*

Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo  
*Aparicio, M.C.; Moreno-Rosset, C.; Martín, M.D.; y Ramírez-Uclés, I., 41-48*

Diez referencias destacadas de: Psicología Positiva  
*López-Cepero, J.; Fernández, E.; y Senín, C., 49-55*

**Artículos regulares**

Estructura factorial, comorbilidad y prevalencia del síndrome empírico Problemas de Pensamiento en una muestra pediátrica  
*López-Soler, C.; Fernández, M.V.; Castro, M.; Alcántara, M.V.; y López-Pina, J.A., 57-65*

Historia de lesiones y su relación con las variables psicológicas en tenistas  
*Olmedilla, A.; Prieto, J.M.; y Blas, A., 67-74*

Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿uso o abuso?  
*Villadangos, S.M.; y Labrador, F.J., 75-83*

Revisión y análisis de los programas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad  
*Flórez, M.A.; Aguado, A.L.; Alcedo, M.A., 85-98*

Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV).  
*Muñoz, D.; Kirchner, T.; Forns, M.; Peñarrubia, J.; y Balasch, J., 99-105*

**Normas de publicación**

107-109

**Nuestros revisores**

111



## Editorial

Cuando se cumplen diez años del considerado inicio formal de la Psicología Positiva, de la mano de Seligman, parece que el debate, si alguna vez lo hubo, sobre la existencia de una nueva rama de la psicología dedicada al estudio exclusivo de lo positivo, separado o en oposición a lo negativo, ha quedado superado. No por ello la productividad científica ha dejado de crecer.

Desde una visión integral del individuo y de la Psicología, *el Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/ Annuary of Clinical and Health Psychology* ha decidido dedicar parte de este volumen a las *Aplicaciones de la Psicología Positiva en Clínica y Salud*.

El interés sobre el tema no se ha hecho esperar y tenemos la suerte de contar con investigadores de la talla de Carmelo Vázquez y Luis Fernández Ríos, cuyas diferentes valoraciones sobre el *corpus* teórico de la Psicología Positiva son conocidas por todos; y, en el ámbito aplicado, presentamos las interesantes contribuciones del grupo de Xavier Méndez en la Universidad de Murcia y del equipo de Carmen Moreno en la UNED.

Fernández Ríos y Cornes nos ofrecen una todavía necesaria revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. Tomando como fuentes los textos clásicos de la filosofía-antropología occidental y oriental, egipcia y árabe, afirman que la *perspectiva eudaimónica* de la psicología positiva no constituye un nuevo punto de vista. De ahí que la utilización del adjetivo *positivo/a* puede no estar justificada, al menos para especificar una diferente parcela en psicología, cuando hablamos de cuestiones tan básicas, e históricamente pretendidas por el ser humano, como esfuerzo personal, bienestar, crecimiento, felicidad, optimismo, resistencia, autoeficacia, invulnerabilidad o calidad de vida, entre otras.

Sus propuestas sobre lo que debe o puede evaluarse desde la psicología positiva, o las críticas a este enfoque, subrayando, entre otras, la *inconveniencia de una alta autoestima*, no dejan impasible e invitan a la reflexión.

Carmelo Vázquez es sin duda uno de los autores que más ha publicado y contribuido al desarrollo de la Psicología Positiva y su relación con la salud en nuestro país. Junto con Gonzalo Hervás, Juan José Rahona y Diego Gómez, nos presenta un muy interesante manuscrito que gira en torno al papel del bienestar psicológico en la prevención y recuperación de enfermedades. Su pormenorizada revisión nos deja entrever un importante volumen de aportaciones empíricas rigurosas en esta dirección. Así, el modelo multidimensional de Carol Ryff, las referencias a investigaciones sobre el estudio de aquellos mecanismos cerebrales que pueden promover el bienestar hedónico o el papel de las endorfinas en la modificación de la función inmune nos aproximan a una relación más causal que meramente correlacional entre bienestar y salud.

En el presente volumen, las aplicaciones de la Psicología Positiva en Clínica y Salud se han concretado, por un lado, con un trabajo sobre el aumento de la curiosidad y la motivación en un grupo de estudiantes de secundaria para participar en un programa preventivo sobre síntomas depresivos. Sus autores, Óscar Sánchez, Xavier Méndez y Judy Garber, observan que tener un estilo más optimista y niveles más bajos de ansiedad podrían ser objetivos de trabajo en el fomento de la curiosidad acerca del cambio positivo. El segundo trabajo presentado versa sobre un tema de gran actualidad en Psicología Clínica y de la Salud: la intervención en infertilidad, como queda de manifiesto en este volumen. En su investigación, M<sup>a</sup> del Castillo Aparicio, Carmen Moreno-Rosset, M<sup>a</sup> Dolores Martín e Isabel Ramírez-Uclés se centran en la evaluación de los afectos positivos en parejas infértiles y sus posibles diferencias debidas al género. Para las autoras, las diferencias halladas entre hombres y mujeres infértiles en relación a los afectos positivos y negativos se debe proponer como una ampliación del enfoque más tradicional en la intervención psicológica con estas parejas.

La parte monográfica finaliza con un análisis de diez referencias destacadas acerca del tema elegido. En su trabajo, Javier López-Cepero, Eduardo Fernández Jiménez y M<sup>a</sup> Cristina Senín Calderón ponen el énfasis en aquellas publicaciones que, a lo largo de esta década, han podido causar quizás un mayor impacto y reconocimiento entre los investigadores.

Podríamos concluir diciendo que bien está lo que bien acaba y, en este caso, no cabe duda de que en estos últimos diez años, las aportaciones que se han realizado bajo el nombre de la Psicología Positiva han influido para que dotemos de contenidos y evidencia empírica a ciertos constructos, de enorme relevancia para la Psicología Clínica y de la Salud, no siempre bien definidos y utilizados. Sin más, animo a una lectura reflexiva y crítica del volumen que aquí presentamos.



## Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva

Luis Fernández-Ríos<sup>1</sup> y J.M. Comes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña. España

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Gil Casares. Santiago de Compostela. A Coruña. España

### RESUMEN

La psicología positiva surge como alternativa a la psicología negativa. La perspectiva positiva tiene como objetivo realzar los recursos intra e interpersonales para favorecer el desarrollo óptimo de las personas, grupos, organizaciones y sociedades. Esta tradición tiene una larga historia en el pensamiento filosófico-antropológico occidental y oriental. Por tanto, no es algo novedoso ni original y puede y debe ser criticada. Se concluye que la psicología positiva no es algo necesario e imprescindible para una psicología sana y razonable. Lo que propone ya lo conocíamos.

*Palabras clave:* Bienestar, Crecimiento postraumático, Felicidad, Optimismo realista, Psicología positiva, Resiliencia.

*Recibido:* 14 de octubre de 2009

*Aceptado:* 23 de noviembre de 2009

### INTRODUCCIÓN

El concepto de psicología positiva incluye todos aquellos aspectos relacionados con el arte positivo de vivir o los recursos para la buena vida. La perspectiva que aquí aceptamos es la de la *eudaimónica* en contraposición a la *hedónica*. Ésta última se centra en la felicidad considerada desde la orientación del utilitarismo y el pragmatismo. Por el contrario, la *eudaimónica* se focaliza en hacerse cargo responsablemente del proceso histórico-personal de vivir. Busca construir recursos intra e interpersonales no sólo de la invulnerabilidad, sino de crecimiento personal y la búsqueda de la felicidad. La *eudaimonía* clásica se construye mejor con recursos como la *areté* o *virtus*. En el presente trabajo optamos por la alternativa de identificar la *eudaimonía*, o felicidad, con la *areté*. Lo cual, a su vez, se relaciona con el concepto de persona moral y virtuosa, *virtus*. Los valores saludables, que conllevan un esfuerzo personal, pueden contribuir a crear recursos personales y sociales positivos, que configuran un andamiaje hacia una vida feliz.

La buena vida, por lo que atañe al presente trabajo, se relaciona con la regulación saludable de las cogniciones, emociones y acciones, que son útiles para generar invulnerabilidad psicológica. Las emociones constructivas positivas *amplían* la perspectiva existencial positiva del potencial conductual humano y favorecen estrategias de afrontamiento para extraer beneficio de la adversidad.

Favorecen, además, la lucha por la justicia social, la interacción social positiva y las emociones morales.

El objetivo de este artículo es establecer una perspectiva crítica de la situación actual de la psicología positiva. Para ello, por un lado, diferenciamos entre psicología positiva y negativa y, por otro, reflexionamos acerca de si la psicología positiva aporta realmente algo nuevo al conocimiento psicológico. Consideramos que hay demasiados conceptos para referirse a los objetivos de la salud mental positiva, que, en última instancia, se relaciona con los términos clásicos de *eudaimonía*, *areté* y *virtus*. Finalizamos con las aplicaciones de los principios teórico-prácticos de la psicología positiva y una relación de críticas que actualmente se le pueden hacer.

### De la psicología negativa a la positiva

Tradicionalmente, ya bien por ignorancia histórica o por una deficiente formación, la psicología parece haber hecho énfasis prioritariamente, aunque no siempre, en los problemas de los seres humanos. Esta orientación ha sido denominada a finales de los años noventa, creemos que falsa y equivocadamente, *psicología negativa* (Gillham y Seligman, 1999). Parece que la psicología tradicional socava la resiliencia de las personas y las victimiza. Además, enfatiza epidemias injustificadas, como la sintomatología depresiva o de trastornos de ansiedad. No es verdad que la historia de la psicología, considerada en sentido amplio, haga énfasis prioritariamente en predecir el fracaso, la desesperanza, la desesperación, y se olvide de la esperanza, la persistencia, la creatividad, y el significado de la vida. Esta orientación es incorrecta y no se justifica históricamente. En este caso, Gillham y Seligman (2009) evidencian un gran

desconocimiento de la historia del pensamiento humano. Dicho enfoque negativo se relacionaría con el *modelo del déficit*, del *riesgo* o de *vulnerabilidad*. Es, por tanto, una psicología para la *sociedad del riesgo*, que enfatiza la rehabilitación de y superación de patologías personales y sociales.

Como supuesta alternativa original, la *psicología positiva* se encuadra dentro de la tradición del modelo de *competencia* o de *invulnerabilidad orientado a la prevención*. Adopta una perspectiva teórico-práctica fundamentada en la psicología humanista y, además, constituye una orientación esperanzadora de la naturaleza humana y su transcurrir existencial. La psicología positiva se halla relacionada con el *impulso explicativo* positivo y constructivo del ser humano y la necesidad del *sentimiento de competencia*. Sin embargo, esta perspectiva no aporta teóricamente nada original. En la población general observamos que la norma es la *resiliencia* ante las adversidades de la vida y no el sucumbir ante ellas. Lo cual ya conocíamos desde antiguo. Por tanto, ¿qué hay nuevo en la psicología positiva?

#### ¿Hay realmente algo nuevo en la psicología positiva?

Como argumenta Lazarus (2003a), “la psicología positiva ignora mucho del trabajo del pasado” (p. 175). Tradicionalmente, se ha considerado la historia de la psicología como presentista. Es decir, se supone, lamentablemente, que el conocimiento psicológico actual es superior al del pasado. Sin embargo, para el tema de la psicología positiva se trata de una perspectiva no sólo inexacta, sino también falsa. En muchas ocasiones, la psicología utiliza nuevos conceptos para significar lo que conocemos hace siglos. Antes de seguir exponiendo el contenido del presente trabajo, juzgamos muy razonable tener en cuenta la siguiente afirmación de Descartes (1637/006, 6), “cuando se posee excesiva curiosidad por lo que se hacía en los siglos pasados se permanece generalmente muy ignorante de lo que ocurre en el presente”. Resulta interesante esta idea porque escudriñar demasiado en la historia puede tergiversar la perspectiva actual y futura acerca del conocimiento psicológico.

La mayor parte de la filosofía antropológico-filosófica occidental y oriental, así como las egípcia y árabe, han hecho énfasis en: vivir con moderación; tener una cosmovisión integradora; superar las adversidades; aprender a sufrir con fortaleza; conocerse a uno mismo; controlar la ira; no hacer nada en exceso; precaverse prudentemente de las adversidades; luchar por la templanza y la prudencia; buscar la armonía y la tranquilidad de espíritu; hacer énfasis en el esfuerzo personal; favorecer las potencialidades internas; establecer recursos sociales de apoyo social; etc. El objetivo es conseguir un buen ánimo y un término medio en los aspectos cognitivo-conductuales del transcurrir existencial. El *deleite* y el *saboreo* en el proceso de vivir constituyen una expansión del potencial existencial, que coincide con la orientación de la salud mental positiva y salud holística. Es la perspectiva de la *ampliación* y *construcción* de las emociones positivas y el arte de la vida ética y

virtuosa. Si esto no es psicología positiva, se le parece mucho.

Cualquier persona que se deje guiar por la curiosidad epistémica y una visión comprensiva de la historia halla en muchos siglos anteriores las ideas claves de la psicología positiva. Afirmamos que la *perspectiva eudaimónica* de la psicología positiva no constituye un nuevo punto de vista. Los que así lo consideran ponen en evidencia un desconocimiento injustificable de la historia del pensamiento antropológico y de la salud pública grecorromana y oriental. Los valores que defiende la supuestamente original psicología positiva no tienen nada de novedoso ni original (Fernández-Ríos, 2008; Fernández-Ríos y Cornes, 2003). El desarrollo histórico de la psicología positiva *no* es el que suele aparecer en sus manuales. Estos contribuyen, más bien, a deformarla. La posible historia real es otra y suele hallarse fuera de los libros de la historia de la Psicología. Lo cual pone de manifiesto un deficiente e inexacto enfoque histórico del conocimiento psicológico anterior al siglo XIX. Fernández-Ríos (2008) afirmaba en otro trabajo, “considero razonable concluir que la psicología positiva no aporta nuevas soluciones a ningún problema existencial que no hubiese sido ya abordado por los pensadores clásicos, occidentales y orientales, y el sentido común” (p. 169). Sentido común que es marginado e injustificadamente ignorado por la mayor parte de la psicología actual. Por su parte, Avia (2006) escribe que el enfoque de la psicología positiva “no es un paradigma, ni un modelo, ni nuevo, ni homogéneo, ni mucho menos una alternativa a la ‘psicología positiva’” (p. 239). Entonces, nos podemos cuestionar, si realmente tenemos claro lo que es históricamente la psicología positiva. En nombre de un falso cientifismo la psicología ha olvidado la historia de la filosofía cotidiana de las personas en el quehacer existencial diario. Lo cual lleva a considerar como claramente inexacta, y en última instancia falsa, la afirmación de Seligman (2008), “yo propongo un nuevo campo: salud positiva” (p. 3). La terminología que utiliza la psicología positiva ni es novedosa, ni aporta nada original a lo que ya conocíamos.

#### Conceptos relacionados con la psicología positiva

La filosofía antropológica clásica occidental hace énfasis en la *areté* y la *virtus* para conseguir la felicidad. Las personas, si tienen coraje para vivir, no deberían dejarse consumir inútilmente por el sufrimiento. Los *nervios de la personalidad* saludable serían según la escolástica la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza. En los seres humanos parece existir una *fuerza curativa de la naturaleza* para salir airoso en circunstancias adversas. Es el aspecto de la fuerza salutífera y del valor constructivo del sufrimiento, que se incluían históricamente bajo la denominación de higiene mental o higiene del alma.

La psicología positiva habla del *ser humano óptimo*, aunque sea polémico como conceptualarlo. Se busca el *desarrollo psicológico sano* y la lucha por el bienestar o el *florecimiento* personal. La psicología positiva es el estudio supuestamente científico de los mecanismos psicológicos de las fuerzas, recursos o virtudes que, en cada contexto sociomaterial,



contribuyen a construir un funcionamiento óptimo de individuos, grupos, organizaciones y sociedades. Históricamente hablando, no hay nada nuevo en ello. El objetivo de parte de la historia antropológico-filosófica occidental y oriental siempre se ha centrado en la lucha para *extraer beneficio de la adversidad*.

En el discurso psicológico actual disponemos de múltiples conceptos y mecanismos psicológicos relevantes para la psicología positiva. Son los siguientes: personas invencibles, factores protectores, temperamento, resistencia, elasticidad, crecer, medrar, retraso en la gratificación, invulnerabilidad, fuerza, vigorosidad, florecimiento, autoeficacia proactiva, autoestima, autodeterminación, resistencia a la tentación, optimismo disposicional, dureza, creencias religiosas, apoyo social, sentido de coherencia, psicofortología, fortigénesis, potencia, energía, vitalidad, personalidad integrada y optimizadora, competencias aprendidas, lo positivo del pensamiento negativo, comparación social constructiva o proactiva, humor desdramatizador, capacidad de perdonar, ocio, etc. En general, toda esta terminología se refiere a las fortalezas o enterezas cognitivo-emocionales llevadas a la práctica cotidiana de las personas. Tanto discurso psicológico redundante confunde más que clarifica. Cuando los conceptos no aportan nada nuevo, nos introducimos en unos juegos del lenguaje que, en muchísimas ocasiones, resultan irrelevantes para la psicología. Por lo cual consideramos muy útil emplear una terminología que enfatice lo común y la búsqueda de consenso en vez de lo falsamente diferente. Y lo mejor para el ser humano parece ser siempre el término medio.

### De la sabiduría del término medio a la psicología positiva

La *sophía* se define como el saber o conocer acerca de las cosas divinas y humanas. La *philosophía*, por la vertiente que aquí nos interesa, constituye el arte necesario para una vida virtuosa. La sabiduría hace referencia a aprender a vivir serena y virtuosamente de la experiencia interna y externa. Tiene que ver con la integridad existencial práctico-moral.

Los clásicos del pensamiento occidental hablaban de *areté* y *virtus*. Es urgente retomar estos conceptos para la psicología de la persona moralmente madura. La virtud funciona como un mandato positivo para progresar hacia el crecimiento personal. La sabiduría o madurez del yo son útiles para llegar a una calidad de vida auténtica con coraje, motivación y significado existencial. La formulación clásica de la virtud incluye la justicia, la valentía, la moderación, la magnanimidad, la sensatez, la sabiduría y la calma.

Relevante, también, para la antropología de la historia de la psicología positiva es el *in medio stat virtus*. Aristóteles (1985, 1106a-1106b) reconoce la relevancia del término medio, *mesótes*. La búsqueda de la moderación y el equilibrio se halla presente en pensadores occidentales, orientales y árabes. Esta perspectiva del término medio se ha extrapolado al pensamiento psicológico actual bajo el impreciso, confuso y elusivo concepto de ser humano óptimo. Históricamente el sentido del proceso de vivir se

mueve en la comprensibilidad, lo cual coincide con la perspectiva de la psicología humanística o fenomenológico-existencialista. Como bien argumentaba Dilthey (1894/1945), “la naturaleza la ‘explicamos’, la vida anímica la ‘comprendemos’” (p. 197). ¿Qué se incluye actualmente bajo el concepto de psicología positiva?

### Evaluación en psicología positiva

¿Qué se evalúa en psicología positiva? Procesos o recursos psicológicos implicados en la elección y consecución de metas beneficiosas para realzar el bienestar. Algunas de las competencias, recursos, fuerzas o fortalezas a considerar en la evaluación son, entre otras: optimismo; esperanza; autoeficacia; solución de problemas; sentimientos de control; coraje; emociones positivas; seguridad en el apego; capacidad para perdonar; gratitud; estrategias de afrontamiento; dimensiones de calidad de vida y el arte de vivir; bienestar; felicidad; solidaridad; sabiduría; autodeterminación; empatía; inteligencia emocional; ecología de recursos humanos; sentido de justicia; trascendencia; religiosidad; espiritualidad; curiosidad; creatividad; autenticidad; prudencia; humildad; autocontrol; etc. (Lopez y Snyder, 2003; Peterson y Seligman, 2004). Esto se concretiza en la práctica en la creación de contextos ambientales para la construcción de recursos intra e interpersonales que generan *riqueza y recursos psicológicos*. Como ya hemos señalado, el discurso de la psicología positiva está muy difundido en la psicología occidental, pero ¿cuál es su realidad en España?

### Psicología positiva en España

Los psicólogos españoles también se han apuntado a la moda del discurso de la psicología positiva, dentro del cual podemos señalar cuatro aspectos. El primero se refiere a reflexiones acerca de la felicidad y vida feliz (Avia, 2008; Fierro, 2000). El segundo son las referencias, que podemos incluir dentro de la psicología positiva, de la relevancia de ciertos aspectos de la filosofía epicúrea para la psicología actual (Fierro, 2008; Pelechano, 2005, 2006). En tercer lugar podemos resaltar números monográficos de revistas (Carrillo y Prieto-Ursúa, 2006; Vázquez, 2006) y libros (Vázquez y Hervás, 2008, 2009; Poseck, 2008). Y, en cuarto y último lugar, tenemos las críticas a ciertos aspectos de la psicología positiva (Avia, 2006; Prieto-Ursúa, 2006).

Todos estos trabajos están bien fundamentados teórica y prácticamente desde el discurso tradicional de la psicología positiva. Sin embargo, consideramos que pasan por alto muchos de los problemas que presenta la psicología positiva, a los cuales nos referiremos posteriormente.

### Aplicaciones de la psicología positiva

Los principios teóricos y prácticos de la psicología positiva se han aplicado a todos los aspectos de la psicología humana y sus contextos de existencia. Se habla de sujetos resistentes a la adversidad, de familias resistentes al estrés, de organizaciones positivas, de crecimiento postraumático, etc. La psicología positiva goza ya de

una cierta validación empírica (Duckworth, Steen y Seligman, 2005; Seligman, Ernst, Gillham, Revivich y Linkins, 2009; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Sin y Lyubomirsky, 2009). Los resultados son moderadamente satisfactorios, como en cualquier otra orientación de la ciencia psicológica. La perspectiva de la intervención proactiva centrada en la invulnerabilidad busca el realzamiento del bienestar de las personas. Snyder y Lopez (2007) introducen la terminología de la ciencia de la prevención dentro del campo de la psicología positiva. Hablan de *realzamiento primario*, que incluye el esfuerzo para establecer un funcionamiento *eudamónico*, óptimo de una vida buena; y, *secundario*, centrado en construir una vida lo mejor posible sobre el funcionamiento óptimo ya existente y buscar experiencias cumbre. A pesar de algunos resultados empíricamente fundamentados, la psicología positiva presenta graves inconvenientes. Se trata de problemas que, cuando sea factible, es necesario superar.

### Críticas a la psicología positiva

En una primera aproximación se puede inferir que la psicología positiva forma parte del espíritu de los tiempos (Lopez y Rettew, 2009). Sin embargo, es una conclusión inexacta, pues filosóficamente no ofrece nada nuevo y antropológicamente tampoco. Juzgamos relevante considerar las siguientes críticas a la teoría y práctica de la psicología positiva.

a) *Metodología excesivamente cuantitativa*. En psicología todo lo que es cuantificable no siempre es relevante para el significado existencial de vivir. Consideramos que hacer excesivo énfasis en la estructura psicométrica de los procesos psicológicos puede llevar a olvidarse del ser humano como un todo. El cientifismo cuantitativo no siempre es positivo. La excesiva matematización de los procesos psicológicos no ayuda en demasía a la comprensión del ser humano.

La solución a esta problemática tal vez venga por utilizar cualquier otro recurso útil y ético para comprender el proceso de vivir. Podemos señalar tres importantes líneas históricas de comprensión del ser humano. Una es la tradición narrativa de las *consolaciones* ante eventos adversos individuales (p.e., la muerte de un ser querido) y la descripción comprensiva de ventilación de emociones ante catástrofes colectivas (p.e., terremotos y pestes). Otra, complementaria con la anterior, es, el uso de *métodos mezclados*, que conjugan la tradición cuantitativa y cualitativa. La tercera, trata de una orientación contextual de la investigación y los métodos emergentes de investigación (Hesse-Biber y Leavy, 2008) (p.e., proyectos vitales, historias de vida, autoetnografía, etnodrama, etc.).

b) *Individualismo acontextual*. Se centra prioritariamente en el individuo sin considerar la influencia del contexto sobre la conducta. Cuando se hace demasiado énfasis en la autorrealización personal individual, se puede producir un olvido del contexto y de los *alter ego*. La psicología positiva parece centrarse en los valores del individualismo liberal, con una buena dosis de narcisismo, predominante en la cultura occidental (Christopher y Heickinbottom, 2008). Es como si la psicología

positiva fuese una manifestación perversa de una racionalidad técnica e instrumental de dicha cultura.

La alternativa viene por tener en cuenta el contexto sociomaterial en el cual nacen, viven y mueren las personas. Da igual que se hable de contextos de conducta, nicho ecológico, circunstancia o condiciones sociomateriales de existencia. En todos los casos, la situación constriñe y condiciona la conducta de las personas, pues los procesos psicológicos se construyen en la interacción social. La psicología cultural y la psicología indígena enfatizan el proceso de construcción cultural de los recursos psicológicos. Lo cual pone de manifiesto la relevancia de los aspectos sociopolíticos y socioeconómicos para el bienestar y la felicidad de las personas.

c) *Olvidar el conocimiento clásico acerca de la inteligencia emocional y las emociones positivas*. Supuestamente, la inteligencia emocional constituye algo novedoso, cuando realmente no lo es. La perspectiva de la inteligencia emocional es una mezcla confusa de opiniones insustanciales y pretensiones exageradas. Cuando algo parece realmente nuevo y original se corre el riesgo de ignorar la historia y suponer que todo lo pasado fue un error. Además, tal vez la psicología, incapaz de comprender a ser humano como un todo, formula demasiadas clases de inteligencia parcializando injustificadamente al ser humano

La perspectiva correcta consistiría en analizar la historia y leer, reflexiva y críticamente, los autores clásicos relacionados con nuestro tema. El énfasis actual en la inteligencia emocional, como algo novedoso y original, se corrige leyendo a los clásicos. Entre otros muchos autores, podemos resaltar a Aristóteles (1985), Cicerón (2001), Menandro (1999), Publio Siro (1963) y Séneca (2000). Muchos de los esfuerzos de la filosofía antropológica occidental y oriental buscan conseguir el equilibrio emocional y el término medio entre razón y pasión o afecto y cognición.

d) *Neurologización y psicobiologización de la psicología positiva*. En la investigación actual de la psicología se está produciendo una neurobiologización de los procesos psicológicos. Es lo más fácil, pero elimina toda posibilidad de una hermenéutica psicológica. La perspectiva de la neurociencia es muy prometedora para investigar dónde tienen lugar en el cerebro los procesos psicológicos, lo cual ya es científicamente muy relevante, pero poco más aporta a la psicología. Para dicho tema ya están los buenos departamentos interdisciplinarios de neurología. No creemos que la neurociencia cumpla las expectativas prácticas que la Psicología ha puesto en ella. No va a solucionar ningún problema de la fenomenología existencial. Ejemplos de investigación en neurociencia dentro de la perspectiva de la psicología positiva son la neurobiología de los afectos positivos y el estudio de la empatía desde la perspectiva de las neuronas espejo. Asimismo, también se produce una biologización de la fuerza de la voluntad, lo cual lleva a Gailliot y Baumeister (2007) a hablar de la *fisiología del poder de la voluntad*.

La alternativa pasa por no adoptar una perspectiva neuronal y reduccionista de la persona, como ha hecho grandes autores clásicos. El ser humano

necesita de significados en su procesos de vivir (Heine, Proulx y Vohs, 2006). Investigando la neurobiología de los procesos psicológicos no se halla el significado de los estilos culturales. Por ejemplo, las investigaciones acerca de las neuronas espejo no lleva a una mejor comprensión fenomenológica de la interpretación del quehacer existencial. Por lo cual, lo relevante para la psicología positiva no es tanto la neurobiología, sino el significado existencial del proceso de vivir.

e) *Tiranía de una actitud positiva perfeccionista* en el proceso de vivir, con un afán obsesivo por la búsqueda de la autorrealización (Held, 2002). Uno de los aspectos negativos de verse forzado a tomar siempre elecciones racionales para autorrealizarse es la frustración y el desencanto. La lucha obsesiva por un perfeccionismo irrealista no trae más que consecuencias negativas. Lo cual puede llevar a un *optimismo no realista* de una confianza excesiva y obsesiva en el propio *self*.

La opción pertinente tal vez se halle en los conceptos de *optimismo crítico* (Seligman, 1990) y de *tenacidad flexible* (Gollwitzer, Parks-Stamm, Jaudas y Sheeran, 2008) en el proceso de vivir. Lo relevante para la psicología es realzar la *capacidad de agencia* (Bandura, 2006) y afrontamiento. La agencia se conceptúa como la capacidad condicionada política, cultural y económicamente para transformar los contextos sociomateriales de existencia en lugares saludables para vivir y luchar por el desarrollo personal. Además, también hay que tener en cuenta el valor positivo del pensamiento negativo y de la utilidad funcional de las emociones negativas.

f) *¿Realzamiento universal del self?* La polémica acerca de si el *realzamiento del self* es un universal cultural o está culturalmente condicionado, está todavía sin resolver. Mientras unas perspectivas de investigación consideran que el autorrealzamiento del *self* sí es universal, otras reconocen que hay variaciones transculturales y, por tanto, no lo es. El autorealzamiento parece ser más alto en culturas individualistas, mientras que es más bajo en las colectivistas. Esto suponiendo que es pertinente la distinción entre culturas individualistas y colectivistas. Además, existe un grave peligro que conlleva la extrapolación a la cultura occidental de las cosmovisiones orientales. Admitimos que puede ser pernicioso la moda de importar acríticamente a nuestra cultura occidental las cosmovisiones orientales.

La alternativa tal vez venga a través de la investigación de los mecanismos psicológicos implicados en el deseo de ser buena persona y competente en cada cultura (Heine y Hamamura, 2007; Smith, Smith y Christopher, 2007). Esto viene a coincidir, en parte, con la aproximación léxica a las características de personalidad, lo cual constituye una alternativa provisional. También sería deseable una asimilación integradora de cosmovisiones diferentes o, incluso, incompatibles. Lo relevante para la psicología positiva sería extraer de forma crítica, cuando sea posible, los estilos de vida positivos de cada cultura para realzar el bienestar psicológico.

g) *Inconveniencia de una alta autoestima*. Disponemos de demasiada bibliografía acerca de la autoestima para extraer unas conclusiones que, en muchas ocasiones, no van más allá del sentido

común. En muchas ocasiones, los beneficios objetivos de una elevada autoestima son pequeños y limitados. Los beneficios de una adecuada autoestima son bien conocidos, pero ¿cuáles son sus costos? El exagerado énfasis en buscar una constante autoestima elevada puede debilitar o interferir en la autonomía personal, en los procesos de aprendizaje, en la relaciones interpersonales, en la autorregulación personal, y en la salud (Crocker, 2006; Crocker y Park, 2004). Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs (2003) afirman que la autoestima no es la causa o el predictor principal de casi nada.

La solución a esta problemática tal vez venga a través del concepto de autoestima óptima (Kernis, 2003) en cada contexto sociocultural para alcanzar la autenticidad en dichas condiciones socioculturales de existencia.

h) *Controversias filosóficas inútiles*. Aceptar acríticamente los principios de la psicología positiva implica una filosofía ingenua de los recursos psicológicos del ser humano para afrontar el proceso cotidiano de vivir. Inmiscuirse en discusiones filosóficas sin solución es una pérdida de tiempo. Las integraciones teórico-prácticas que se proponen para la psicología positiva (Held, 2004, 2005) y las controversias ontológicas (Slife y Richardson, 2008), generan un discurso, filosóficamente sugerente, pero que para la Psicología resulta teóricamente insatisfactorio y prácticamente irrelevante.

Las soluciones a las posibles controversias filosóficas de la psicología positiva deben venir a través de prácticas de consenso en una filosofía de la ciencia aplicada a la Psicología. Sabemos que esto es difícil debido a la gran dispersión teórica. Esta clásica fragmentación en los modelos o escuelas tiene dos vertientes. Una es que la diversidad de escuelas en psicología no es un problema. Es positivo tener diversos puntos de vista para la descripción y comprensión, siempre y cuando se haga con fidelidad a los datos y coherencia existencial. El otro, es que la falta de unidad en la teoría psicológica crea una diversidad de opiniones incompatibles, que hacen imposible una solución integradora. Nosotros somos partidarios de esta segunda orientación. Es decir, la divergencia injustificada e injustificable de la teoría psicológica en sí misma es negativa. Las controversias teóricas ilimitadas, no siempre razonables y justificables, configuran un espacio para la divergencia crónica y polémicas sin solución.

i) *¿Es necesario el concepto de psicología positiva?* Held (2002, 2004) sostiene que no existe evidencia teórico-práctica para continuar defendiendo la psicología positiva. Como sospecha Lazarus (2003b), “la psicología positiva no significa lo mismo para todos los psicólogos” (p. 93). Held (2005) prefiere hablar simplemente de psicología, en vez de psicología positiva o negativa. Si el fundamento último de la psicología positiva es proveer una fundamentación metateórica para la existencia humana óptima, es algo insustancial e irrelevante.

La alternativa viene por ser críticos con el propio concepto de psicología positiva. Su contenido se hubiese podido incluir igualmente dentro de la psicología de la salud o sencillamente en el concepto general de psicología. Pensamos que es así de simple. Además consideramos que no hace falta tanta bibliografía, supuesta y falsamente original, para

concluir lo que ya conocíamos.

## CONCLUSIONES

A pesar de todos los problemas conceptuales de la psicología positiva, hay mucho a su favor para hacerla, creemos que injustificadamente, teórica y filosóficamente muy prometedora. Es un error aceptar acríticamente el discurso de la psicología positiva. Es una lamentable consecuencia de la falta de reflexión crítica constructiva en el discurso del conocimiento psicológico. El tema de la salud mental positiva no es ni novedoso, ni aporta nada original. Está de moda, pero poco más. Es como si todo el trabajo psicológico anterior fuera inútil, mal dirigido y guiado por unos profesionales que no sabían lo que hacían. Esto es incorrecto, pues los psicólogos realmente preocupados por el sufrimiento humano siempre han buscado lo mismo: ayudar a las personas a vivir sin problemas y aprender de los errores. Por tanto, filosófica y antropológicamente la psicología positiva no aporta nada nuevo.

## REFERENCIAS

- Aristóteles (1985). *Ética Nicomáquea*. Madrid: Gredos.
- Avia, M.D. (2006). La psicología positiva y la moda de la "soft psychology". *Clínica y Salud*, 17, 239-244.
- Avia, M. D. (2008). El aprendizaje de la felicidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 169-190.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I. y Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Carrillo, J.M. y Prieto-Ursúa, M. (Coords.) (2006). Introducción. (Número monográfico). *Clínica y Salud*, 17 (3).
- Christopher, J.C. y Heickinbottom, S. (2008). Positive psychology, ethnocentrism and the disguised ideology of individualism. *Theory and Psychology*, 18, 563-589.
- Cicerón, M.T. (2001). *Sobre los deberes*. Madrid: Alianza Editorial.
- Crocker, J. (2006). Having and pursuit self-esteem: cost and benefits. En M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem: sigues and answers* (pp. 274-280). New York: Psychology Press.
- Crocker, J. y Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392-414.
- Descartes, R. (2006). *Discurso del método*. Madrid: Tecnos. (Orig. 1637).
- Dilthey, W. (1945). Ideas acerca de una psicología descriptiva y analítica. En W. Dilthey, *Psicología, teoría y método* (pp. 191-282). México: Fondo de Cultura Económica. (Orig. 1894).
- Duckworth, A.L., Steen, T.A. y Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Fernández-Ríos, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 161-176.
- Fernández-Ríos, L. y Cornes, J.M. (2003). Invulnerabilidad: Una revisión histórico-crítica. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30, 18-33.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.
- Fierro, A. (2008). Conocimiento contra infelicidad: para una psicología epicúrea. *Escritos de Psicología*, 2-1, 7-23.
- Gailliot, M.T. y Baumeister, R.F. (2007). The physiology of willpower: liking blood glucose to self-control. *Personality and Social Psychology Behavior*, 11, 303-327.
- Gillham, J.E. y Seligman, M.E.P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37 (Suppl 1), S163-S173.
- Gollwitzer, P. M., Parks-Stamm, E. J., Jaudas, A. y Sheeran, P. (2008). Flexible tenacity in goal pursuit. En J. Shah y W. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science* (pp. 325-341). New York: Guilford Press.
- Heine, S.J. y Hamamura, T. (2007). In search of east asian self-enhancement? *Personality and Social Psychology Review*, 11, 4-27.
- Heine, S.J., Proulx, T. y Vohs, K.D. (2006). The meaning maintenance model: On the coherence of social motivations. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 88-110.
- Held, B.S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965-991.
- Held, B.S. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 3, 9-45.
- Held, B.S. (2005). The "virtues" of positive psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 25, 1-34.
- Hesse-Biber, N. y Leavy, P. (Eds.) (2008). *Handbook of emergent methods*. New York: Psychology Press.
- Kernis, M.H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-26.

- Lazarus, R.S. (2003 a). The lazarus manifesto for positive psychology and psychology in general. *Psychological Inquiry, 14*, 173-189.
- Lazarus, R.S. (2003b). Does the positive psychology movement have legs?. *Psychological Inquiry, 14*, 93-109.
- Lopez, S.L. y Rettew, J.G. (Eds.) (2009). *Positive psychology (vols.I-IV)*. Westport: Praeger.
- Lopez, S.J. y Snyder, C.R. (Eds.) (2003). *Positive psychological assessment : a handbook of models and measures*. Washington : APA Press.
- Menandro (1999). *Sentencias*. Madrid: Gredos.
- Pelechano, V. (2005). Filosofías éticas tradicionales, sabiduría popular y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta, 31*, 713-736.
- Pelechano, V. (2006). Sabiduría epicúrea y psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 301-316.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook oand classification*. Washington: APA Press.
- Poseck, B.V. (2008). *Psicología positiva*. Madrid. Calamar Ediciones.
- Prieto-Ursúa, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud, 17*, 319-338.
- Publio Siro (1993). *Sentencias. Estudios Clásicos (Suplemento)*, 7.
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. *Applied psychology, 57*, 3-18.
- Seligman, M.E.P., Ernst, R.M., Gillham, J., Reivich, K. y Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education, 35*, 293-311.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 410-421.
- Séneca, L.A. (2000). *Diálogos*. Madrid: Gredos.
- Sin, N.L. y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviation depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 467-487.
- Slife, B.D. y Richardson, F.C. (2008). Problematic ontological underpinnings of positive psychology. A strong relational alternative. *Theory and Psychology, 18*, 699-723.
- Smith, K.D., Smith, S.T. y Christopher, J.C. (2007). What defines the good person? Cross-cultural comparisons of expert's models with lay prototypes. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 333-360.
- Snyder, C.R. y López, S.J. (Eds.) (2007). *Positive psychology*. Thousand Oaks: Sage.
- Vázquez, C. (Ed.) (2006). La psicología positiva en perspectiva (Sección monográfica). *Papeles del Psicólogo, 27 (1)*.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar*. Madrid: Alianza.



## Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva

Carmelo Vázquez<sup>1</sup>, Gonzalo Hervás<sup>2</sup>, Juan José Rahona<sup>3</sup>, Diego Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Catedrático de Psicopatología, <sup>2</sup>Profesor Titular Interino, <sup>3</sup>Licenciado en Psicología y estudiante de doctorado en Psicología Clínica Experimental

Facultad de Psicología  
Universidad Complutense de Madrid

---

### RESUMEN

La Psicología Positiva está permitiendo definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano y está incorporando de pleno derecho el estudio de elementos positivos (fortalezas, emociones positivas) que sin duda amplían el marco de investigación y actuación de la Psicología y, en particular, en la Psicología Clínica y de la Salud. El debate académico de los últimos años ha venido a reproducir desde una perspectiva científica dos antiguas orientaciones filosóficas: el hedonismo y la eudaimonia. Desde la perspectiva hedónica se entiende el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, mientras que desde la perspectiva eudaimónica se propone que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial. Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo posiblemente un incremento en la esperanza de vida. Para finalizar, se discuten las implicaciones de estos hallazgos tanto en un plano académico como, desde un punto de vista más amplio, a nivel social y político.

*Palabras clave:* Salud, Bienestar, Hedonismo, Eudaimonia, Afecto positivo

*Recibido:* 16 de noviembre de 2009

*Aceptado:* 10 de diciembre de 2009

---

### INTRODUCCIÓN

#### Salud positiva y salud negativa: La perspectiva de la PP

Este artículo se publica en el Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. ¿Qué puede aportar la Psicología Positiva en estos ámbitos? Creemos que mucho. En primer lugar, esta visión de la Psicología está permitiendo definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano y está incorporando de pleno derecho el estudio de elementos positivos (fortalezas, emociones positivas) que sin duda amplían el marco de investigación y actuación de la Psicología (Vázquez & Hervás, 2008) y, en particular, como pretendemos mostrar sucintamente en este trabajo, de la Psicología Clínica y de la Salud.

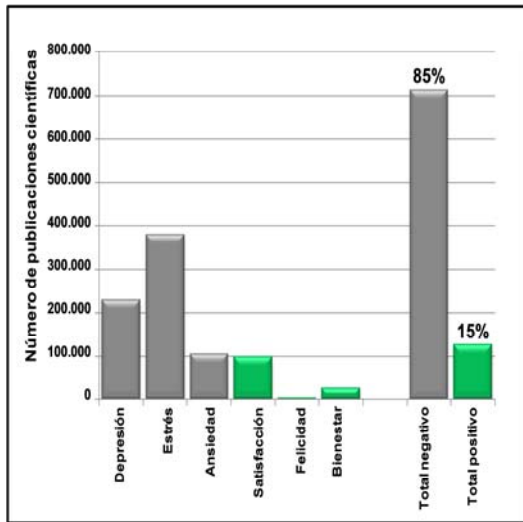
Los esfuerzos por comprender el bienestar y sus causas no son nuevos sino algo que, a lo largo de la historia, siempre ha suscitado interés (McMahon, 2006). En cierto sentido, todas las intervenciones, médicas, psicológicas, pero también políticas, sociales o económicas tienen como uno de sus objetivos principales aumentar la calidad de vida de las personas (Vázquez, 2009b). De hecho, muchas

de las decisiones que tomamos cotidianamente, las efectuamos sopesando el nivel de felicidad que alcanzaremos nosotros o nuestros seres más queridos (Gilbert, 2006).

Sin embargo, por razones que tienen que ver con la sociología de la ciencia y con el propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, históricamente el foco de las intervenciones en áreas relacionadas con la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009a). En el ámbito de la Psicología, el énfasis en los estados psicológicos positivos, como factores protectores de la salud física y mental, y especialmente la relación existente entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades sólo se ha comenzado a estudiar en las últimas dos décadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). Más aún, si nos referimos al establecimiento de teorías y modelos positivos, salvando intentos excepcionales (p. ej.: Jahoda, 1958), éstos son en general bastante más recientes (Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Seligman, 2002), sobre todo, si los comparamos con el largo desarrollo histórico de los modelos explicativos de los trastornos mentales.

Como ha expuesto recientemente Salanova (2008), si se hace una breve revisión de la literatura científica publicada en los últimos cien años (desde 1907 hasta 2007) se han publicado 77.614 artículos

sobre ‘estrés’, 44.667 artículos sobre ‘depresión’, 24.814 sobre ‘ansiedad’ pero sólo 6.434 sobre ‘bienestar’. En esta vasta y larga producción, el número de trabajos sobre ‘felicidad’ (1.159) o sobre ‘disfrute’ (304) es casi testimonial.



**Figura 1.** Resumen del número de publicaciones científicas en PubMed (hasta el 14.05.2009) asociadas a estados de ánimo negativos y positivos. (Términos usados: *Depression, Stress, Anxiety y Satisfaction, Happiness, Well-Being*)

Algo parecido ocurre en el ámbito de la Medicina. A pesar de que ésta se supone que opera tanto sobre la salud como la enfermedad, una revisión de los artículos médicos publicados sobre depresión, estrés, o ansiedad superan en una proporción de 6 a 1 los publicados sobre satisfacción, felicidad, o bienestar (ver Figura 1). Y si nos centramos en estudios específicos que analizan la relación entre estados de ánimo y síntomas fisiológicos, los estudios sobre estados de ánimo negativos (depresión, ira, etc.) son veinte veces más frecuentes que los que estudian estados emocionales positivos (Pressman & Cohen, 2005).

A pesar de este panorama, el foco tradicional en el síntoma y la enfermedad está paulatinamente cambiando hacia un concepto de salud cada vez más amplio que incluye aspectos del funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de enfermedad. Como hemos explicado con detalle en otro lugar (Hervás, Sánchez, & Vázquez, 2008), esta concepción más positiva de la salud se hizo explícita en los trabajos constitutivos de la OMS, que a finales de la II guerra mundial, en el preámbulo de sus primeros estatutos oficiales, afirmaba:

“la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía” (OMS, 1948).

Años más tarde, siguiendo la propuesta de la OMS, la Federación Mundial para la Salud Mental, definía la salud en 1962 como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”. De modo similar, en la declaración final de la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud, celebrada en Ottawa en 1986, se afirmaba que:

“la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un

concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Más recientemente, en un loable esfuerzo del gobierno escocés por incorporar elementos de Psicología Positiva a sus planes de prevención e intervención en el ámbito de la salud, definió recientemente la salud mental como (Myers, McCollam, & Woodhouse, 2005):

“la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás”.

La definición de la OMS en 1948 resultaba visionaria, aunque quizás utópica (Vázquez, 1990), puesto que en aquel tiempo no se disponía de instrumentos de medida adecuados ni de unos profesionales y ciudadanos que estuviesen concienciados y comprometidos con esta perspectiva renovadora de los conceptos de salud y enfermedad.

A este respecto, uno de los retos más urgentes que tenemos es el de operativizar, a diversos niveles (individual-comunitario, físico-mental, etc.), el concepto de salud positiva. La incorporación decidida de indicadores de salud positiva en el diseño de acciones preventivas y de intervención es de enorme importancia y supondrá un cambio de mirada decisivo. Incluso cuando se analizan los problemas de salud mental, se pueden usar, además de criterios de morbilidad (p. ej., prevalencia de personas con trastornos mentales, casos de suicidio, camas hospitalarias disponibles, etc.), indicadores de salud positiva. En este sentido, hay que valorar positivamente, por ejemplo, el intento de incluir indicadores positivos (se emplea un indicador de vitalidad extraído de la escala de funcionamiento del SF-30) en el plan del Ministerio de Sanidad español sobre salud mental (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007).

En el campo de la investigación sobre indicadores de la salud positiva, la propia OMS ha hecho un esfuerzo considerable para operativizar el concepto de calidad de vida y desarrollar instrumentos que permitan medirlo con suficiente precisión (WHOQOL Group, 1994). Desde la psicología, especialmente desde el movimiento de la psicología positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) aunque no sólo, cada vez son más los instrumentos orientados a medir aspectos relacionados con el bienestar, como la satisfacción con la vida, el bienestar emocional, las fortalezas psicológicas o las emociones positivas (Deaton, 2008; Diener, 2009; Ong & Van Dulmen, 2007).

Pero más allá de ampliar la definición de salud y de incorporar el estudio de factores positivos asociados a la salud y el bienestar, en las últimas dos décadas se comienza a poner de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos así como en los procesos de recuperación. La percepción de las personas sanas, marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, son una reserva y un motor de recursos que no sólo permiten a las personas afrontar



las dificultades diarias, sino que cobran especial importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia (Taylor et al., 2000). Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom & Glandon, 2007). Y lo que aún es más importante desde la perspectiva de la salud positiva, ese estado de bienestar va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social, y comunitario (Fredrickson, 2009).

Los factores psicológicos positivos pueden tener una relación tan robusta con la salud como los negativos. Sobre estos últimos hay una gran cantidad de datos acumulados durante años. Por ejemplo, las expectativas negativas están asociadas no sólo a una progresión más rápida hacia la muerte en pacientes diagnosticados de SIDA, sino también con una más rápida aparición de síntomas en aquellos pacientes que previamente se mostraban asintomáticos (Taylor et al., 2000). Pero, a la vez, nuevos estudios han empezado a demostrar que la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed, Kemeny, Taylor & Visscher, 1999; Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994; Taylor et al., 1992) y la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998) parecen ser factores protectores de la salud física.

Los observadores de la condición humana han sostenido durante largo tiempo que los estados positivos de la mente pueden conducir no solamente a una vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable. Con el desarrollo de procedimientos metodológicos rigurosos, incluyendo estudios longitudinales, los instrumentos de medida adecuados, y los mecanismos necesarios de control de las influencias biológicas y psicosociales, hoy en día es posible comprobar empíricamente la validez de estas ideas (Taylor et al., 2000).

**Los componentes del bienestar: Hedonismo y eudaimonia**

La popular definición de salud de la OMS hacía pivotar la idea de salud positiva en torno al concepto de bienestar. ¿Pero qué puede aportar la Psicología científica a la definición del bienestar? En los últimos años ha habido una eclosión de interés y estudios sobre el bienestar (Vázquez & Hervás, 2009) y se han desarrollado conceptos y medidas de enorme importancia para acotar el concepto de salud positiva.

Aunque desde una perspectiva subjetiva es relativamente sencillo identificar el propio nivel de bienestar o la felicidad, llegar a conclusiones más generales desde una perspectiva rigurosa se ha demostrado una tarea mucho más compleja (Ryan & Deci, 2001). El debate académico de los últimos años ha venido a reproducir, con aproximaciones científicas, dos antiguas orientaciones filosóficas. A la primera de estas perspectivas se le ha llamado generalmente *hedonismo* (Kahneman et al., 1999) y define el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. La segunda de las perspectivas, tan antigua y tan actual como la

perspectiva hedónica, propone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan & Deci, 2001) sino que se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta & Deci, 2008). Esta segunda perspectiva ha sido generalmente denominada *eudaimonia*.

El hedonismo ancla sus raíces en los filósofos griegos y es probablemente Epicuro su máximo representante (McMahon, 2006). La idea básica es que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer (aunque orientado al disfrute y las actividades nobles) y la felicidad sería en cierto sentido una suma de momentos placenteros. La filosofía hedónica tuvo continuidad en filósofos como Hobbes, Sade, o los filósofos del utilitarismo en los que se basó la nueva economía del S. XVIII. En el ámbito de la Psicología moderna, el concepto predominante entre los psicólogos hedónicos ha sido el de *bienestar subjetivo*, que incluye habitualmente dos elementos: el balance afectivo (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Aunque estos dos elementos (balance afectivo y satisfacción vital) suponen diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo, ya que la satisfacción vital es un juicio global de la propia vida, mientras que el balance afectivo hace referencia a la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros en la propia experiencia inmediata (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002), en definitiva, pueden entenderse como conceptos ligados a una perspectiva más hedónica (Vázquez, 2009a).

	<b>Bienestar hedónico</b>	<b>Bienestar eudaimónico</b>
<b>Autores representativos</b>	Epicuro, Hobbes, Sade, Bentham, Bradburn, Tennen, D. Watson, Kahneman	Aristóteles, Frankl, Ryff, Deci, Seligman
<b>Conceptos básicos</b>	Placer Afecto positivo/negativo Balance afectivo Emociones positivas Afecto neto Satisfacción vital	Virtudes Autorrealización Crecimiento psicológico Metas y necesidades Fortalezas psicológicas
<b>Medidas características (ejemplos)</b>	SWLS PANAS Muestreos de momentos emocionales	PWBS VIA

**Tabla 1.** Autores, conceptos y medidas básicas de las perspectivas hedónica y eudaimónica del bienestar psicológico

SWLS : Satisfaction with Life Scale (Diener et al, 1985)

PANAS: Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988)

PWBS: Psychological Well-being Scale (Ryff, 1989)

VIA: Values in Action Inventory of Strengths (Peterson & Seligman, 2003)

A pesar de la difusión y amplio uso de esta concepción del bienestar, otros investigadores han enfatizado una perspectiva complementaria, habitualmente denominada bienestar eudaimónico (véanse algunas características diferenciales de ambas perspectivas en la Tabla 1). En su *Ética a Nicómaco*, Aristóteles exhorta a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon*, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira y que dota de sentido a su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese *daimon* y hacer que se cumplan y logren las propias potencialidades se considera que darán lugar a un estado óptimo, la eudaimonia (Avia & Vázquez, 1998). La concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993).

Pero, ¿se puede evaluar esta perspectiva eudaimónica del bienestar humano o es más bien un elemento retórico de difícil medida? Carol Ryff, una de las autoras más importantes dentro de la perspectiva eudaimónica, ha argumentado que las medidas del bienestar han adolecido históricamente de una escasa base teórica y han olvidado importantes aspectos del funcionamiento positivo. Carol Ryff, proponiendo el término de *bienestar psicológico* para distinguir su concepción del *bienestar subjetivo* más propio de la concepción hedonista, ha intentado superar esas limitaciones definiendo el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1989, 1995). De esta forma, la felicidad o bienestar psicológico no sería el principal motivo de una persona sino más bien el resultado de una vida bien vivida (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998).

La propuesta de Ryff consiste en un modelo multidimensional de bienestar psicológico, ligado a un cuestionario para medirlo (Ryff, 1995) que presenta seis aspectos diferentes de un bienestar óptimo a nivel psicológico. Cada dimensión de bienestar psicológico supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995). De esta forma, las personas que presentan bienestar eudaimónico:

- a) se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (Autoaceptación),
- b) han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás (Relaciones positivas con los otros),
- c) dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (Control ambiental),
- d) han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (Autonomía),
- e) han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (Propósito en la vida) y, por último,
- f) mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (Crecimiento personal).

De modo semejante, la *teoría de la autodeterminación* (Ryan & Deci, 2000) también liga la idea de eudaimonia a la de autorrealización, como un aspecto central en la definición del bienestar. Esta teoría se basa en una de las premisas básicas del humanismo, que sostiene que el bienestar es fundamentalmente consecuencia de un

funcionamiento psicológico óptimo. La teoría de la autodeterminación afirma que el funcionamiento psicológico sano implica una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación), y además un sistema de metas congruente y coherente (Deci & Ryan, 2000). El primer elemento, la satisfacción de las necesidades básicas, consiste en mantener un equilibrio vital que permita una mínima satisfacción en cada una de las áreas de forma independiente. En cuanto al segundo componente, el modelo plantea que para desarrollar un bienestar eudaimónico cada persona debe establecer sus metas personales preferiblemente con arreglo a ciertos criterios. Por ejemplo, dichas metas deben ser mejor intrínsecas que extrínsecas; deben ser coherentes entre sí; y, por último, coherentes con los propios valores e intereses, así como con las necesidades psicológicas básicas (Vázquez & Hervás, 2008).

Como podemos observar, las necesidades psicológicas básicas propuestas por esta teoría coinciden casi exactamente con tres de las dimensiones del modelo de Ryff (autonomía, control ambiental y relaciones positivas con los otros) aunque a nivel conceptual existen diferencias entre los dos modelos (Lent, 2003).

Además, según la teoría de la autodeterminación, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas fomenta el bienestar subjetivo además del bienestar eudaimónico (Ryan & Deci, 2001). Este hecho, según ellos cierra el debate sobre una supuesta antítesis de ambos tipos de bienestar: Hedónico vs. Eudaimónico (Ryan, Huta, & Deci, 2008). En este sentido, ambos pueden considerarse diferentes “vías hacia la felicidad” (Seligman, 2003); la concepción eudaimónica se centra en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien, mientras que la concepción hedónica se centra en un resultado específico, concretamente en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, y una sensación global de satisfacción con la propia vida.

No obstante, la definición y medida del bienestar (hedónico o eudaimónico) está aún en sus comienzos. A pesar de los crecientes avances en investigación eudaimónica y de la importante aportación teórica y práctica al estudio del bienestar que suponen, hay autores que ponen en duda la posibilidad de trasladar, desde la filosofía hasta la psicología, los conceptos vinculados a la perspectiva eudaimónica (Biswas-Diener, Kashdan, & King, 2009).

Pero, a pesar de su complejidad, creemos que la vía de investigación abierta está siendo muy fértil y con una validez convergente cada vez mayor. Por ejemplo, el bienestar psicológico también se ha ligado a investigaciones relacionadas con el cerebro y con la denominada neurociencia afectiva (Davidson, 2003, 2004). Mayores niveles de bienestar psicológico, tanto hedónico como eudaimónico, parecen estar asociados a una activación asimétrica del córtex prefrontal (p. ej.: una mayor activación prefrontal izquierda que derecha) -Urry et al., 2004. Es interesante que, en este estudio, el bienestar eudaimónico reveló un nexo con la asimetría en el EEG que se mantenía después de controlar estadísticamente el papel del bienestar hedónico, algo

que no se mantuvo en sentido contrario: el bienestar hedónico dejó de estar asociado al patrón asimétrico cerebral tras ajustar la influencia del bienestar eudaimónico. En otro estudio, usando resonancia magnética funcional, van Reekum y sus colaboradores (2007) demostraron que las personas con un mayor bienestar eudaimónico tenían, ante estímulos aversivos, respuestas más lentas y una activación menor de la amígdala así como una mayor activación de la corteza cingulada ventral anterior. Esto último sugiere que determinadas partes del cerebro se pueden activar para minimizar el impacto de estímulos negativos y, en este sentido, sugiere un posible mecanismo por el cual el bienestar eudaimónico podría estar preservando y promoviendo el bienestar hedónico.

### Salud y bienestar hedónico

En la última década ha habido una explosión de investigaciones científicas que han encontrado asociaciones específicas entre el nivel de emociones positivas y múltiples sistemas fisiológicos y niveles de salud, tanto percibida como objetivable en diversos parámetros.

Una cuestión previa interesante es si afecto positivo y afecto negativo son dos polos de un mismo continuo, o si, por el contrario, son dos dimensiones distintas e independientes entre sí. Si ambas formaran parte del mismo continuo, entonces la presencia de afecto positivo indicaría una ausencia de afecto negativo. Además, de ser así, no tendría sentido estudiar los efectos beneficiosos para la salud de las emociones positivas. Bastarían los estudios ya realizados que sistemáticamente relacionan la presencia elevada de emociones negativas con la propensión a desarrollar determinadas enfermedades (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Herbert & Cohen, 1993). Pero si, por el contrario, el afecto positivo y el afecto negativo fueran dos dimensiones relativamente independientes (Bradburn, 1969), como así se ha demostrado en numerosas ocasiones (Vázquez, 2009a), entonces sería adecuado e interesante estudiar los beneficios específicos que puede aportar a la salud la presencia de afecto positivo.

La relación entre afecto negativo y salud ha sido ampliamente estudiada desde el ámbito de la psiconeuroinmunología. Algunos de estos estudios han encontrado que las personas que presentan distrés o depresión tienen una peor respuesta inmune ante las vacunas. Por ejemplo, en un estudio reciente con la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) (Fang et al., 2008), se comprobó que de las mujeres vacunadas, aquellas que manifestaban tener unos niveles de estrés más elevados presentaron una respuesta inmune más débil ante el VPH. Las personas con mayor emocionalidad negativa son también más vulnerables al contagio con agentes infecciosos y más proclives a que se le reactiven virus latentes en el organismo (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Además, se ha encontrado que los estados emocionales negativos favorecen un incremento en la producción de citoquinas pro-inflamatorias (Kiecolt-Glaser et al., 2003; Lutgendorf et al., 1999), como la interleukina-6 (IL-6), que se ha relacionado con varias enfermedades vinculadas al envejecimiento, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes

tipo II, la artritis, la osteoporosis, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad periodontal y algunos tipos de cáncer (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

Todos estos hallazgos parecen indicar que las emociones negativas pueden debilitar la respuesta del sistema inmune, pero ¿pueden las emociones positivas potenciar la capacidad del sistema inmunológico? Uno de los mejores estudios que han intentado responder a esta cuestión lo llevaron a cabo Cohen, Alper, Doyle, Treanor & Turner (2006). En concreto, estos autores midieron durante dos semanas el estilo afectivo positivo y negativo de los participantes, además de otras variables sociodemográficas. Seguidamente, inocularon a los participantes en el estudio bien el Rhinovirus o bien el virus Influenza A y les observaron en un periodo de cuarentena (de 5 ó 6 días en función del tipo de virus). Encontraron una asociación entre afecto positivo y menores tasas de enfermedad. En concreto, los participantes que referían mayor emocionalidad positiva tenían una probabilidad casi tres veces menor de desarrollar una enfermedad del tracto respiratorio superior, controlando el efecto de otras variables como el tipo de virus, el índice de masa corporal, la edad, el nivel educativo, la estación del año o la emocionalidad negativa. Lo más impactante de este estudio es que el afecto positivo mostraba una mayor asociación con las tasas de enfermedad de la que mostraba el afecto negativo, y, cuando se empleaban ambas variables simultáneamente como predictoras, el afecto negativo dejaba de ser un predictor significativo de enfermedad.

Si bien este estudio es destacable por su diseño experimental y la rigurosidad de los controles, no es ni mucho menos único. Diversas investigaciones han mostrado que el afecto positivo podría estar relacionado con una mejor salud y una mayor longevidad. Por ejemplo, Ostir, Markides, Black & Goodwin (2000), en una investigación prospectiva de dos años de duración con más de dos mil personas entre 65 y 99 años, demostraron que la presencia de afecto positivo o bienestar emocional tiene un impacto diferente a la ausencia de depresión o afecto negativo, y que precisamente el afecto positivo parece proteger a los individuos del deterioro físico producido por la edad, afectando positivamente a su independencia funcional y a su esperanza de vida. Estos mismos investigadores han demostrado también la relación entre presencia de afecto positivo y disminución del riesgo de infarto de miocardio (tras un seguimiento de 3 años) y de apoplejía (pasados 6 años) -Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001.

Danner, Snowdon, & Friesen (2001), en su conocido estudio con participantes monjas (*The Nun Study*), encontraron evidencia de que el afecto positivo evaluado hacia los 20 años de edad podía predecir una mayor esperanza de vida 60 años después. Este estudio demostró una fuerte asociación entre el contenido emocional positivo en unos breves relatos autobiográficos escritos al entrar en la congregación religiosa y la longevidad evaluada seis décadas más tarde (cuando las participantes tenían entre 75 y 95 años de edad). En concreto, el grupo de religiosas con una mayor expresión de contenidos positivos en aquellos escritos vivieron 6.9 años más de media que quienes tenían una menor expresividad

emocional positiva.

Los estudios del grupo de Andrew Steptoe son relevantes en este apartado. Este grupo ha hallado que la afectividad positiva, medida mediante la suma de momentos de bienestar en un día laboral de las participantes (mujeres de mediana edad), estaba asociada a niveles más bajos de cortisol en saliva, una tasa cardíaca más baja, una menor presión sistólica y una menor respuesta fibrinógena al estrés (Steptoe, Wardle, & Marmot, 2005). En definitiva, indicadores de una buena salud física, independientemente de la edad, el estatus socioeconómico y el estado emocional negativo de estas mujeres. Además, también se ha encontrado, en un grupo de hombres de mediana edad sanos, que los que manifestaban un estado afectivo más positivo, evaluado mediante la suma del estado anímico en 4 momentos diferentes en 2 días laborables, tenían una menor respuesta inflamatoria (evaluada mediante concentraciones de fibrinógeno en plasma<sup>1</sup>) y una menor tensión arterial cuando se exponen a tareas de estrés mental en condiciones de laboratorio (Steptoe, Gibson, Hamer, & Wardle, 2007).

Por su parte, la satisfacción vital, aunque es un indicador más general y con más componentes cognitivos que el afecto positivo, también ha sido vinculada a una mayor esperanza de vida. Koivumaa-Honkanen y sus colaboradores (2000) realizaron un estudio longitudinal de veinte años de duración con más de 22.000 personas sanas. Este estudio mostró que la satisfacción vital podía predecir la tasa de mortalidad de esta muestra, incluso controlando variables como la edad, el estado civil, la clase social, el consumo de tabaco y alcohol y la actividad física.

Cada vez parece más evidente, en definitiva, que el afecto positivo tiene un papel importante para la salud, aunque es aún pronto para establecer relaciones causales definitivas.

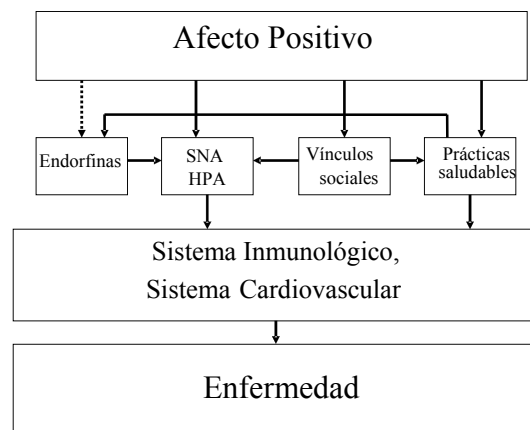
Pero el afecto positivo no sólo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad sino que parece facilitar la recuperación de la misma: las personas que presentan mayor afecto positivo tienen hasta casi tres veces más posibilidades de recuperación un año después de problemas de salud como un ataque cardíaco, una apoplejía o una fractura de cadera (Ostir et al, 2002).

#### **Emociones positivas y salud: modelos propuestos**

Pressman y Cohen (2005) proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos. El primero de ellos hace hincapié en el efecto directo que el afecto positivo tiene sobre el sistema fisiológico, como se representa en la figura 2.

Según este modelo, el afecto positivo favorece prácticas saludables como mejorar la calidad del sueño, hacer más ejercicio físico o llevar una dieta más equilibrada, que a su vez están relacionadas con una menor morbilidad. También actúa sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), generalmente reduciendo la tasa cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de epinefrina y norepinefrina

en sangre. Tiene influencia sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, puesto que la presencia de afecto positivo ha sido relacionada con menores niveles de cortisol en sangre (hormona relacionada con enfermedades autoinmunes e inflamatorias) y, en menor medida, con mayores niveles de oxitocina y de la hormona del crecimiento. Y además, favorece la presencia de opioides endógenos (endorfinas), tanto indirectamente (via actividad física) como de forma más directa mediante una activación emocional general (Gerra et al., 1996, 1998). Estas endorfinas disminuyen la actividad del SNA y del sistema endocrino (Drolet et al., 2001) y modifican la función inmune (McCarthy, Wetzel, Sliker, Eisenstein, & Rogers, 2001). Por otra parte, si bien es suficientemente conocido que el aislamiento y la presencia de redes sociales escasas o poco eficaces está relacionado con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (Cohen, 2004; Elliot & Humberson, 2004), comienza a haber evidencia de que el afecto positivo facilita la creación y mantenimiento de vínculos sociales, los cuales son protectores de un buen estado de salud. Más concretamente, aspectos como la reciprocidad social (es decir la percepción de que uno se ofrece a la red social pero también recibe recompensas de ellas) está ligado a un mejor estado de salud (Siegrist, 2005).



**Figura 2.** Modelo de influencia directa del afecto positivo en la salud. SNA: Sistema Nervioso Autónomo; HPA: Eje Hipotalámico-pituitario-adrenal. (Reproducido, con permiso, de Pressman & Cohen, 2005)

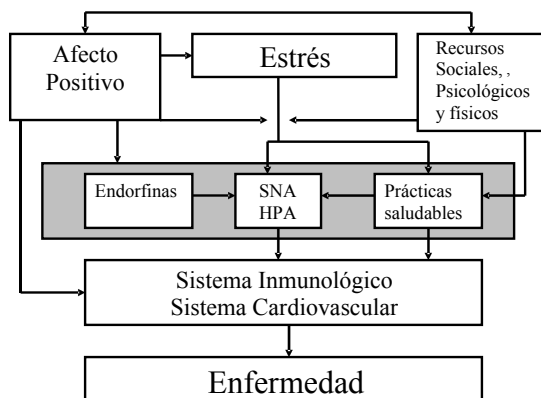
Es probable que las emociones positivas puedan tener un efecto directo en el organismo (Barak, 2006). De hecho, resultados de laboratorio sugieren que esto puede ser así. Algunos estudios han demostrado que diferentes tipos de estímulos agradables pueden tener un impacto psicobiológico diferente (Watanuki & Kim, 2005). Por ejemplo, hay un incremento de la actividad del córtex frontal izquierdo ante la presencia de olores agradables mientras que la presentación de estímulos verbales positivos produce incrementos en la secreción de inmunoglobulina-A (un típico parámetro de la actividad del sistema inmune) y una disminución del cortisol en saliva (un parámetro de la actividad del sistema hipotalámico-adrenocortical-pituitario, implicado en la discriminación de estímulos afectivos y expresión de emociones). Algunos estudios han mostrado también que el afecto positivo se asocia a determinados patrones de activación eléctrica cortical

<sup>1</sup> El fibrinógeno es una proteína responsable de la formación de fibrina por degradación, y asociada a un mayor riesgo de sufrir ataques cardíacos.

(Urry et al., 2004) y un buen estado de ánimo cotidiano está relacionado con niveles elevados de la función central serotoninérgica (Flory, Manuck, Matthews, & Muldoon, 2004), lo que a su vez puede ser importante por la relación de ésta con mayores valores de resistencia insulínica y presión arterial.

Desde hace años se sabe que la inducción de un estado de ánimo positivo (viendo una película humorística, por ejemplo) puede mejorar la respuesta inmediata del sistema inmune, evaluada mediante medidas de inmunoglobulina A en saliva (Dillon, Minchoff, & Baker, 1985).

El segundo modelo resalta la influencia que el estrés tiene sobre el sistema fisiológico. En este caso, el afecto positivo actúa como amortiguador del estrés, minimizando los efectos perniciosos del estrés sobre el organismo, como se representa en la figura 3.



**Figura 3.** Modelo de influencia indirecta del afecto positivo en la salud. SNA: Sistema Nervioso Autónomo; HPA: Eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal. (Reproducido, con permiso, de Pressman & Cohen, 2005).

Según este segundo modelo, el afecto positivo tiene influencia a varios niveles en la respuesta ante el estrés. Por una parte, las personas que gozan de mayor afecto positivo no tienen tantos conflictos sociales, con lo que el número de estresores que tienen que manejar es menor. Además, cuando tienen que afrontar situaciones potencialmente estresantes, las personas con más afecto positivo tienen mejores redes sociales en las que poder apoyarse, así como estrategias de afrontamiento más efectivas, que les llevan además a una mayor sensación de ser capaces de afrontar los problemas. Asimismo, el afecto positivo facilita la normalización de las respuestas fisiológicas tras un suceso estresante (Fredrickson & Levenson, 1998).

Aunque la mayoría de los estudios sobre la influencia del afecto positivo en la salud indican que dicha afectividad positiva está relacionada con menor morbilidad, menor mortalidad, mejor calidad de vida y funcionamiento, menor número de síntomas, menor severidad del diagnóstico y mayor supervivencia, algunos estudios han encontrado una relación inversa, especialmente en personas con enfermedades graves. Este hallazgo puede ser explicado por el hecho de que las personas con mayor afecto positivo que padecen enfermedades graves a veces pueden subestimar el número de síntomas y tender a ser excesivamente optimistas con el pronóstico de su evolución, siguiendo con más laxitud las prescripciones médicas

(Derogatis, Abelloff, & Melisaratos, 1979; Devins et al., 1990).

### Salud y bienestar eudaimónico

Respecto al bienestar eudaimónico, también existen datos crecientes sobre su asociación con indicadores biológicos relacionados con la salud y, sorprendentemente, se ha encontrado que este tipo de bienestar suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico (Vázquez & Castilla, 2007). Las razones de este fascinante hallazgo no son claras pero es posible que el bienestar eudaimónico esté relacionado con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo a través de búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste a las demandas del medio (ej.: dar sentido a la experiencia, buscar lo positivo de lo que nos sucede, efectuar ajustes de objetivos vitales, etc.) mientras que el bienestar hedónico, aunque importante subjetivamente, esté más relacionado con la satisfacción y disfrute de circunstancias inmediatas (ver Vázquez & Castilla, 2007). El grupo de la norteamericana Carol Ryff ha hallado algunos de los resultados más relevantes en este área. En muestras de mujeres mayores, han encontrado que aquéllas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal, y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular (menores tasas de hemoglobina glucosilada<sup>2</sup>, menor peso corporal, menores ratios cintura-cadera, y tasas más elevadas de colesterol “bueno” (HDL) y una mejor regulación endocrina (menos cortisol en saliva a lo largo del día) –Ryff et al., 2006; Ryff, Singer, & Love, 2004. Este nexo entre menores tasas de cortisol y bienestar eudaimónico se ha comprobado también en otros estudios (p.ej.: Lindfors & Lundberg, 2002). Respecto a los factores inflamatorios, las personas con mejores relaciones con otros (bienestar interpersonal) y sensación de propósito en la vida muestran menores niveles de IL-6 y su receptor soluble (sIL-6r) (Friedman et al., 2005; Friedman, Hayney, Love, Singer, & Ryff, 2007).

Muchas de estas variables (presión sanguínea sistólica y diastólica, ancho de cintura, medidas de colesterol, hemoglobina, cortisol, epinefrina, norepinefrina) están relacionadas con la denominada “carga alostática<sup>3</sup>” (Ryff & Singer, 2002). Las investigaciones longitudinales sobre el envejecimiento han mostrado que alta carga alostática predice enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo, deterioro físico y mortalidad. Las mujeres tienen menor probabilidad de tener alta carga alostática, en comparación con los hombres, lo cual puede ser informativo puesto que las mujeres

<sup>2</sup> Una forma de hemoglobina (HbA1c) utilizada sobre todo para identificar el promedio de concentración de glucosa en plasma en periodos del tiempo prolongados. Se puede medir el nivel medio de glucosa en la sangre de un individuo respecto a un periodo de 2-3 meses previos a la prueba. Es un marcador relevante para problemas de diabetes y cardiovasculares.

<sup>3</sup> La carga alostática se ha definido como el desgaste acumulativo de los diversos sistemas fisiológicos (sistema cardiovascular, sistema metabólico, eje hipotalámico-pituitario-adrenal, y sistema nervioso simpático).

presentan una esperanza de vida de 7 años mayor.

Un aspecto particularmente importante del papel del bienestar eudaimónico en la biología y la salud es que parece servir como un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009). Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que las mujeres mayores con una deficiente eficiencia en el dormir (i.e., tiempo total durmiendo dividido por tiempo total en la cama intentando dormir), mostraban mayores niveles de IL-6 (Friedman et al., 2005). Sin embargo, esta diferencia desaparecía en el subgrupo de mujeres con un buen nivel de bienestar interpersonal.

En la predicción de los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c), el grupo de Ryff ha hallado que las mujeres con menor nivel económico muestran incrementos en este parámetro a lo largo del tiempo (Tsenkova, Love, Singer, & Ryff, 2008) pero los resultados están moderados tanto por el papel de factores hedónicos (afecto positivo) como eudaimónicos (propósito en la vida y crecimiento personal). Pero un aspecto muy relevante del estudio es que en las participantes con mayores niveles de bienestar subjetivo, los niveles de HbA1c no diferían en función del nivel económico (ver también Tsenkova, Love, & Singer, 2007).

#### ***El papel del optimismo en la salud***

El optimismo, de todos los rasgos positivos de personalidad, es quizá el más relevante para esta revisión ya que, además de estar asociado a un mayor bienestar, parece tener un importante papel en la salud física de los individuos (Avia & Vázquez, 1998). Numerosas investigaciones han mostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y con una mayor esperanza de vida. Por ejemplo, Peterson, Seligman, & Vaillant (1988) realizaron un análisis de escritos personales sobre situaciones vividas durante la II Guerra Mundial por un grupo de 99 licenciados de la Universidad de Harvard. Más de treinta años después, los optimistas tenían mejor salud y presentaron menos mortalidad que los pesimistas. Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord (2000, 2002) encontraron un resultado similar en una muestra de más de 700 pacientes de Medicina General que habían sido evaluados en una escala de Optimismo. Treinta años después, se demostró que no sólo los optimistas vivían más que el resto de participantes (reducción de un 50% del riesgo de muerte), sino que su tasa de supervivencia era significativamente mejor que la esperada en función de sus características sociodemográficas (edad, sexo, año de nacimiento). Además, percibían una mejor salud, física y mental, evaluada a través del cuestionario SF-36 (Short-Form Health Survey).

El optimismo parece tener una influencia sobre la resistencia a la enfermedad y la mejora de la salud pero ¿a través de qué mecanismo? De modo semejante a como comentábamos respecto a la influencia del afecto positivo en la salud, pueden distinguirse distintas vías de acción. En primer lugar, el optimismo, la esperanza y las expectativas positivas son elementos que pueden proteger la salud en situaciones que suponen un reto para el equilibrio

de los individuos (Vázquez & Castilla, 2007; Taylor et al., 2000) a través de vías directas. Por ejemplo, el organismo de los más optimistas genera ante situaciones de estrés unas respuestas de inmunocompetencia mejores que las de los pesimistas, tomando como indicador la actividad de las células NK (*natural killers*) -Sieber, Rodin, Larson, & Ortega (1992).

También parece que, en general, el optimismo se relaciona con un mejor estado del sistema inmunitario. Kamen-Siegel, Rodin, Seligman, & Dwyer (1991) demostraron, en un grupo de personas sanas entre 62 y 87 años, la relación entre un estilo de pensamiento optimista y una mejor respuesta del sistema inmunológico en un grupo de personas sanas, reflejado en una menor presencia de células supresoras T8. El optimismo está asociado con un mejor estado de ánimo, una mayor actividad citotóxica de células NK, y un mayor número de células T<sup>4</sup> auxiliares (Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998). Incluso en estudios de mujeres con cáncer de mama el optimismo inicial (además de otras variables psicosociales como el hecho de tener una relación de pareja estable) es un predictor de calidad de vida años más tarde (Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss et al., 2005).

Más allá de la influencia sobre el sistema inmune, el optimismo parece prevenir enfermedades en dos sistemas básicos para la supervivencia: el respiratorio y el cardiaco. En un estudio prospectivo de 8 años de duración, Kubzansky y sus colaboradores (2002) examinaron los efectos del optimismo sobre la función pulmonar en un grupo de 670 hombres entre 45 y 89 años de edad: aquellos con un estilo atribucional más optimista tenían niveles mayores de función pulmonar y un declive más lento en esta función, independientemente del consumo de tabaco. En un estudio posterior se observó que, en un seguimiento de diez años, los optimistas presentaron la mitad de riesgo de padecer una enfermedad coronaria respecto a aquellos con altos niveles de pesimismo (Kubzansky, Sparrow, Boconas, & Kawachi, 2001).

En segundo lugar, una tendencia al optimismo puede afectar a la salud a través de los comportamientos que ejercen las personas ante los problemas vitales en general, y de salud en particular. Estos comportamientos, si son adecuados, pueden impedir la cronificación del estrés y la complicación de problemas físicos y/o psicológicos. En este sentido, el optimismo es muy relevante ya que parece favorecer un afrontamiento activo del estrés y de los problemas de salud, lo cual se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986). Por ejemplo, en el estudio desarrollado por Scheier y sus colaboradores (1989) en un grupo de pacientes sometidos a un *bypass* de la arteria coronaria, los más optimistas, evaluados antes de la intervención, no sólo hicieron planes más activos de rehabilitación sino que, seis meses más tarde, mostraron mejor recuperación y mejor calidad de vida (en cuanto a incorporación laboral y

---

<sup>4</sup> Las células T auxiliares contribuyen junto con los leucocitos en procesos inmunológicos, tales como la estimulación de las células T citotóxicas o los macrófagos.

actividades de ocio, sociales y sexuales).

## CONCLUSIONES

Todos los resultados aquí expuestos convergen en una idea: el bienestar no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica sino que tiene importantes implicaciones para la salud física. Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida.

La convergencia de los resultados no debería sugerir que la relación bienestar-salud es sencilla. Más bien al contrario, el bienestar parece fomentar la salud desde diferentes vértices y a través de distintas vías. En primer lugar, parece que tanto el afecto positivo como la satisfacción con la vida, así como varias de las dimensiones de bienestar eudaimónico propuestas por Ryff parecen predecir resultados positivos en relación a la salud. Y en segundo lugar, parece claro que las vías de acción del bienestar sobre la salud física son también múltiples. El bienestar parece tener una relación directa con determinados parámetros físicos protectores como los relacionados con la capacidad inmunitaria del individuo, pero también parece afectar por otras vías como son el aumento de las conductas saludables o de buen afrontamiento de los problemas de salud, así como por su capacidad amortiguadora del estrés.

Todos estos datos sugieren que la promoción del bienestar puede tener un importante efecto en términos de salud. En primer lugar, habría que tener en cuenta el elevado -y difícil de calcular- coste personal de una enfermedad y muerte prematura. En segundo lugar, tendríamos los costes sanitarios y otros costes indirectos como bajas médicas, falta de productividad, etc. Se podría concluir, en base a esta situación, que la promoción del bienestar puede ser, no sólo útil desde un punto de vista social y humano, sino probablemente también desde un plano económico (DeVol & Bedroussian, 2007).

La medida y la promoción del bienestar se convierte por tanto en un objetivo deseable a nivel social y político (Diener, Lucas, Schimmack & Helliwell, 2009; Vázquez, 2009b). Pero esto es aún más cierto en el caso de ciertos colectivos como, por ejemplo, las personas mayores, quienes fundamentalmente por razones culturales, tienen más dificultades para sentirse bien consigo mismos y con las actividades que realizan. Además, como demostró un estudio longitudinal que duró más de 20 años, las personas mayores con percepciones más positivas de su envejecimiento en la línea base (cuando tenían 50 años o más) vivieron más tiempo (una media de 7,6 años más) que los que presentaban percepciones más negativas sobre el propio proceso de hacerse anciano (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002). Por tanto, la promoción del bienestar en este tramo vital es especialmente necesaria.

Todos los resultados expuestos en este artículo también transmiten la importancia de atender al estado emocional -bienestar vs. malestar- desde los dispositivos de salud y desde los profesionales de la salud. Todos los datos mostrados sugieren que

fomentar las emociones positivas podría potenciar salud al mismo nivel que el mostrado por otras actividades como la actividad física, la buena alimentación o dejar de fumar (Vázquez, Hernangómez & Hervás, 2004). Sin embargo, es muy raro encontrar programas preventivos que potencien el bienestar y las emociones positivas, así como es muy difícil encontrar a profesionales de la salud que den respuesta al importante papel del bienestar y las emociones positivas como elemento vital saludable. La difusión de estos resultados en los ámbitos de formación de médicos, enfermeros/as, y otros profesionales puede ser una vía necesaria para transformar progresivamente la falta de atención a lo positivo actualmente existente en el ámbito sanitario en una mayor sensibilidad y mayores recursos para potenciarlos.

Pero más allá, las instituciones públicas deberían también ser más conscientes de la conexión mente-cuerpo y, específicamente, del papel del bienestar en la recuperación y la prevención de enfermedades. El diseño y aplicación de programas específicos de promoción del bienestar en diferentes tramos vitales, y el fomento de la investigación de esta conexión para enfermedades específicas, son sólo algunas de las posibilidades que las instituciones y los profesionales tienen para responder a la importancia de estos resultados.

Y por último, podría ser importante difundir estos resultados a nivel social para que, mejor antes que después, se extienda la idea de que mantener y aumentar el bienestar es una meta importante en momentos de buena salud, pero también cuando ésta se ve amenazada. Como decíamos, este elemento es crucial en las personas mayores pero también en otros tramos vitales en los cuales a menudo el mantenimiento del bienestar se ve relegado a un lugar secundario por efecto de una sobrevaloración de ciertas metas profesionales o de otro tipo.

Este artículo comenzaba reflexionando sobre cuál podría ser la aportación de la psicología positiva al ámbito de la salud y de la clínica. Como conclusión de la revisión que hemos efectuado, creemos que las contribuciones pueden ser fértiles y variadas en la medida en que esta aproximación psicológica:

1. Ha promovido cambios conceptuales importantes en la definición de salud positiva, anclándolos en una visión compleja del bienestar, que incluye componentes hedónicos y eudaimónicos (Vázquez, 2009a).
2. Está incorporando el análisis e investigación de emociones y cogniciones hasta ahora ignoradas por la Psicología científica (Fernández-Abascal, 2009) y de enorme interés en el campo de las intervenciones (Vázquez, Hervás, & Ho, 2008; Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Vázquez, Pérez-Sales, & Hervás, 2008).
3. Favorece la investigación del papel de emociones y cogniciones positivas en el origen y mantenimiento del bienestar físico y mental.
4. Redefine lo que se entiende por cambio terapéutico y "recuperación", empleando para ello una perspectiva más amplia e integradora que el uso tradicional de criterios de resultados basados en síntomas (Zimmerman et al., 2006; Vázquez & Nieto, en prensa).

5. Incorpora una perspectiva sobre la promoción del bienestar que es multidisciplinar y que implica tanto la esfera individual como la social e institucional (Seligman, 2003; Vázquez & Hervás, 2008).

En conclusión, si bien se ha recorrido un camino valioso, el futuro presenta numerosos retos que deberán ser abordados con objeto de perfilar muchas de las líneas de investigación sobre la relación entre bienestar y salud. Algunos de estos retos pertenecen a la comunidad científica, pero no debemos olvidar que otros pasos importantes corresponden a las instituciones públicas y a la sociedad en su conjunto.

## REFERENCIAS

Almedom, A.M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma, 12*, 127-143.

Andrews, F.M., & Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well-being. En J.P. Robinson, P.R. Sharer & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp 61-114). San Diego: Academic Press.

Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436.

Avia, M.D., & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.

Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews, 5*, 523-527.

Biswas-Diener, R., Kashdan, T.B., & King, L.A. (2009). Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *Journal of Positive Psychology, 4*, 208-211.

Booth-Kewley, S., & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*, 343-362.

Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 979-986.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology, 24*(5), 508-516.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676-684.

Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., & Turner, R.B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine, 68*, 809-815.

Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 804-813.

Davidson, R.J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis. *Psychophysiology, 40*, 655-665.

Davidson, R.J. (2004). Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 359*, 1395-1411.

Deaton, A. (2008). Income, aging, health and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives, 22*, 53-72.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.

Derogatis, L.R., Abeloff, M.D., & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association, 242*, 1504-1508.

Devins, G.M., Mann, J., Mandin, H., Paul, L.C., Hons, R.B., Burgess, E.D., Taub, K., Schorr, S., Letourneau, R.N., & Buckle, S. (1990). Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 127-133.

DeVol, R., & Bedroussian, A. (2007). An unhealthy America: The economic burden of chronic disease. Retrieved on November 5th, 2009 from [http://minority-health.pitt.edu/archive/00000851/01/ECONOMIC\\_BURDEN\\_OF\\_CHRONIC\\_DISEASE.pdf](http://minority-health.pitt.edu/archive/00000851/01/ECONOMIC_BURDEN_OF_CHRONIC_DISEASE.pdf)

Diener, E., (2009). (Ed.). *Assessing Well-Being. The collected works of Ed Diener*. Oxford, UK: Springer.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.

Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Dillon, K.M., Minchoff, B., & Baker, K. (1985). Positive emotional state and enhancement of the immune system. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 15*, 13-17.

Drolet, G., Dumont, E.C., Gosselin, I., Kinkead, R.,



- Laforest, S., & Trottier, J.F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 729–741.
- Elliott, S. & Umberson, D. (2004) Recent demographic trends in the us and implications for wellbeing. En J.L. Scott, J. Treas & M. Richards (eds.), *The Blackwell companion to the sociology of families*. Malden, MA: Blackwell.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007. Descargado el 12 de noviembre de 2009 en <http://www.msc.es/organizacion/sns>. Ministerio de Sanidad.
- Fang, C.Y., Miller, S.M., Bovbjerg, D.H., Bergman, C., Edelson, M.I., Rosenblum, N.G., Bove, B.A., Godwin, A.K., Campbell, D.E., & Douglas, S.D. (2008). Perceived stress is associated with impaired T-cell response to HPV16 in women with cervical dysplasia. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 87–96.
- Fernández-Abascal, E. (2009). (Ed.). *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Flory, J.D., Manuck, S.B., Matthews, K.A., & Muldoon, M.F. (2004). Serotonergic function in the central nervous system is associated with daily ratings of positive mood. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 11-19.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Fredrickson, B.L., & Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion*, 12, 191–220.
- Friedman, E.M., Hayney, M.S., Love, G.D., Singer, B.H., & Ryff, C.D. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26(3), 305-313.
- Friedman, E.M., Hayney, M.S., Love, G.D., Urry, H.L., Rosenkranz, M.A., Davidson, R.J., Singer, B.H., & Ryff, C.D. (2005). Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 18757-18762.
- Gerra, G., Fertomani, G., Zaimovic, A., Caccavari, R., Reali, N., Maestri, D., Avanzini, P., Monica, C., Delsignore, R., & Brambilla, F. (1996). Neuroendocrine responses to emotional arousal in normal women. *Neuropsychobiology*, 33, 173–181.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Franchini, D., Palladino, M., Giucastro, G., Reali, N., Maestri, D., Caccavari, R., Delsignore, R., & Brambilla, F. (1998). Neuroendocrine responses of healthy volunteers to “techno-music”: Relationships with personality traits and emotional state. *International Journal of Psychophysiology*, 28, 99–111.
- Gilbert, D.T. (2006). *Stumbling on happiness*. New York: Knopf.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243–251.
- Herbert, T.B., & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A metaanalytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472–486.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2008) Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada*. (pp. 41-71). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E., & Dawyer, C. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity. *Health Psychology*, 10, 229-235.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C.L.M., & Waterman, M.B. (2003). Dimensions of well-being and mental health. En M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes, & K. Moore (Eds.) *Adulthood, Well-Being: Positive Development Throughout the Life Course*, (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.R., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Preacher, K.J., MacCallum, R.C., Atkinson, C., Malarkey, W.B., & Glaser, R. (2003). Chronic stress and age related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 9090–9095.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 983-991.
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Kubzansky, L.D., Wright, R.J., Cohen, S., Weiss, S.T., Rosner, B., & Sparrow, D. (2002). Breathing

- Easy: A prospective study of optimism and pulmonary function in the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 345-353.
- Lent, R.W. (2003). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychological adjustment. *Journal of Counselling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functioning health. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 57B, P409-P417.
- Lindfors, P., & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health*, 18, 153-160.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E.M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lutgendorf, S.K., Garand, L., Buckwalter, K.C., Reimer, T.T., Hong, S., & Lubaroff, D.M. (1999). Life stress, mood disturbance, and elevated interleukin-6 in healthy older women. *Journals of Gerontology: Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, 54, M434-M439.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(2), 140-143.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2002). Optimism-Pessimism assessed in the 1960s and Self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(8), 748-753.
- McCarthy, L., Wetzel, M., Sliker, J.K., Eisenstein, T.K., & Rogers, T.J. (2001). Opioids, opioid receptors, and the immune response. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 111-123.
- McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad*. Madrid: Taurus.
- Myers, F., McCollam, A. y Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing Mental Health Inequalities in Scotland. Equal minds*. Edinburgh: Scottish Executive. Scottish Development Centre for Mental Health.
- Ong, A.D., & van Dulmen, M. (Eds.). (2007). *Handbook of methods in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Ostir, G.V., Goodwin, J.S., Markides, K.S., Ottenbacher, K.J., Balfour, J., Guralnik, J.M. (2002). Differential effects of pre-morbid physical and emotional health on recovery from acute illness. *Journal of the American Geriatric Society*, 50, 713-718.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Black, S., & Goodwin, J.S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 473-478.
- Ostir, G.V., Peek, M.K., Markides, K.S., & Goodwin, J.S. (2001). The association between emotional well being and future risk of myocardial infarction in older adults. *Primary Psychiatry*, 8, 34-38.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2003). *The Values in Action (VIA) classification of strengths*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., & Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Visscher, B.R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18, 354-363.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.-Y.J., & Visscher, B.R. (1994). "Realistic acceptance" as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E., Davidson, R.J., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of

- positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. En C.R. Snyder, & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp 541-554). London: Oxford University Press.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Salanova, M., (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la Psicología Positiva. En Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp 403-427). Bilbao: Desclée de Brower.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J., Magovern, G.J., Sr., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M.F.; Weintraub, J.K., & Carver, C.S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Scottish Executive (2005). *National programme for improving mental health and well-being addressing mental health inequalities in Scotland*. Edinburgo: Scottish Development Centre for Mental Health.
- Seegerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Sieber, W.J., Rodin, J., Larson, L., & Ortega, S. (1992). Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, Behavior and Immunity*, 6(2), 141-156.
- Siegrist, J. (2005) Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1033-1038.
- Stephoe, A., Gibson, E.L., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 56-64.
- Stephoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 6508-6512.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall L.G., Schneider, S.C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Tsenkova, V.K., Love, G.D., & Singer, B.H. (2007). Socioeconomic status and psychological well-being predict cross-time change in glycosylated hemoglobin in older women without diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 777-784.
- Tsenkova, V.K., Love, G.D., Singer, B.H., & Ryff, C.D. (2008). Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychology*, 27(2, Suppl), S163-S171.
- Urry, H.L., Nitschke, J.B., Dolski, I., Jackson, D.C., Dalton, K.M., Mueller, C.J., Rosenkranz, M.A., Ryff, C.D., Singer, B.H., Davidson, R.J. (2004). Making a life worth living: Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15(6), 367-372.
- van Reekum, C.M., Urry, H.L., Johnstone, T., Thuro, M.E., Frye, C.J., Jackson, C.A., Schaefer, H.S., Alexander, A.L., & Davidson, R.J. (2007). Individual differences in amygdala and ventromedial prefrontal cortex activity are associated with evaluation speed and psychological well-being. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 237-248.
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp 449-472). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009b). El bienestar de las naciones. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 103-141). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano & J.R. Cabo (Eds.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Panamericana.

Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower.

Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*, 401-432.

Vázquez, C., & Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro et al. (Eds.), *Rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. En A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Watanuki S., & Kim Y.K. (2005). Physiological responses induced by pleasant stimuli. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science, 24*, 135-138.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 678-691.

Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.

World Health Organization (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization*. En Official records of the World Health Organization, nº 2, p. 100. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, November 1986. Geneva: WHO.

World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group). (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.

Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Posternak, M.A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry, 163*, 148-150.

## La promoción de la curiosidad de los estudiantes para participar en un programa preventivo

Óscar Sánchez Hernández<sup>1</sup>, Xavier Méndez Carrillo<sup>2</sup>, Judy Garber<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doctorando de Psicología Clínica y de la Salud. Becario FPU. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia.

<sup>2</sup>Catedrático de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia

<sup>3</sup>Professor of Psychology. Department of Psychology and Human Development. Vanderbilt University. Nashville (USA).

---

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue aumentar la curiosidad y la motivación de los estudiantes para participar en un programa preventivo y evaluar su implicación, aprovechamiento y satisfacción con el programa. Los participantes fueron 87 estudiantes de siete institutos de la Región de Murcia asignados aleatoriamente para recibir una preintervención motivacional, o no preintervención, de acuerdo con la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (1985), el enfoque de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991) y los estados de cambio (Prochaska, Norcross, y DiClemente, 1994). Se hallaron resultados prometedores respecto a la utilidad de la preintervención. Se encontró también una relación negativa significativa de la curiosidad acerca del cambio positivo, con la ansiedad de los participantes y una relación positiva con el optimismo. Se comenta la necesidad de realizar más estudios de intervenciones dirigidas a incrementar el interés de los adolescentes para participar en programas para prevenir los síntomas depresivos. Se concluye a favor de investigar la variable curiosidad, tanto a nivel de intervención como de evaluación.

*Palabras clave:* curiosidad, optimismo, autodeterminación, estados de cambio, entrevista motivacional.

*Recibido:* 4 de noviembre de 2009

*Aceptado:* 20 de enero de 2010

### INTRODUCCIÓN

Un reto para los profesionales de la salud, padres, profesores y entrenadores, entre otros, es cómo motivar a los clientes, hijos, estudiantes o deportistas, para potenciar su implicación, motivación o curiosidad con respecto a lo que se les quiere enseñar para aumentar su bienestar y para asumir objetivos personales y sociales relevantes. En el campo de la promoción de la salud mental que incluye no solo la prevención de los trastornos, sino también el aumento de felicidad, vitalidad, logro de metas personales, amor, sentimiento de plenitud vital, etc (Weare, 2000), se ha asumido tradicionalmente el modelo de "educación racional", basado en la premisa de que las personas son fundamentalmente racionales y que su comportamiento, incluyendo los relacionados con la salud, está dirigido por principios lógicos (Williams, 1989). Por tanto, se espera que si se proporciona información adecuada los participantes en las intervenciones tomarán las decisiones convenientes.

Sin embargo, diversas revisiones señalan que muchos comportamientos no saludables se explican por factores distintos del supuesto déficit de conocimiento (Liedekerken, Jonkers, Haes, Kok y Saan, 1990; Veen, 1995). Incluso en los más motivados se constata dificultades para mantener estilos de vida saludable (Miller y Rollnick, 1991). El enfoque cognitivo-conductual, que completa la adquisición de conocimiento con la de habilidades, es una alternativa potente para fomentar la autonomía, la motivación y la curiosidad para el cambio.

Nuestra investigación se contextualiza en el marco de dos líneas actuales surgidas en el ámbito sociocognitivo: la teoría atribucional (Heider, 1958; Weiner, 1974) y la teoría de la motivación intrínseca o autodeterminada (Deci y Ryan, 2000).

#### *De la teoría de la atribución al optimismo*

Heider (1958) propone que uno de los procesos fundamentales de la mente es realizar atribuciones y comprender las causas de la propia conducta y la de los demás. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformulan el modelo de indefensión aprendida, basándose en la teoría atribucional. Contemplan las dimensiones de *personalización*

(atribuciones internas o externas), *duración* (atribuciones permanentes o temporales) y añaden la dimensión *globalidad o amplitud*, referida a si la causa que produce un suceso afecta a otras áreas de la vida de la persona (global) o solamente al área en cuestión (específica). Seligman (1998) conceptualiza el optimismo como un estilo atributivo o explicativo y no como un rasgo de personalidad. La persona optimista tiende a explicar los eventos negativos con atribuciones externas, pasajeras y específicas, por ejemplo si incumple su plan de alimentación saludable puede justificarlo porque hacía tiempo que no veía a un antiguo compañero y esa circunstancia ha provocado el “resbalón” en sus objetivos. Por el contrario, el estilo explicativo pesimista realiza atribuciones internas, permanentes y globales de los eventos negativos. Pensaría que es una persona sin fuerza de voluntad incapaz de seguir una dieta equilibrada. La forma de explicar los acontecimientos influye en la motivación para perseverar en las metas propuestas. El optimismo se relaciona con la capacidad para diferir las gratificaciones y renunciar a los beneficios a corto plazo a cambio de objetivos a largo plazo más valiosos, probablemente porque la persona considera alcanzables dichos objetivos (Carr, 2007). De hecho, tener expectativas positivas en la fase temprana de la intervención clínica es una variable que se ha asociado con resultados positivos en la terapia cognitivo-conductual, como han corroborado varios estudios empíricos (Arnoff, Glass y Shapiro, 2002). El optimismo se asocia a índices más bajos de enfermedad física, depresión y suicidio, y a niveles más elevados de rendimiento académico y deportivo, adaptación profesional y calidad de vida familiar (Gillham, 2000; Seligman, 1998; Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 2005). La reformulación del modelo da lugar a la Teoría de la Desesperanza, que propone la existencia de un estilo atribucional que actúa como factor de vulnerabilidad para la depresión por desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989).

#### *Teoría de la autodeterminación*

El ideal de ser humano adaptado y feliz se caracteriza por el sentimiento de curiosidad, de vitalidad y de considerarse agente de la propia conducta o al menos de las acciones más importantes. La actividad humana se explica mejor por determinantes personales, como creencias, deseos o compromisos morales, que por factores externos. La motivación extrínseca impulsa a la acción para lograr algo agradable o impedir un suceso desagradable externos (Carr, 2007), por ejemplo, estudiar para conseguir buenas notas y otros refuerzos asociados como la satisfacción de los padres o evitar las malas notas y la desaprobación de los padres. La motivación intrínseca se refiere a la inclinación natural a la asimilación, el dominio, el interés espontáneo y la exploración, que son esenciales para el desarrollo cognitivo y social y que representan la fuente principal de disfrute y vitalidad (Csikszentmihalyi y Rathunde, 1993; Ryan, Deci y Grolnick, 1995).

Deci y Ryan describen las condiciones que favorecen la motivación intrínseca, entendida como interés espontáneo, tendencia a la exploración y a la adquisición de nueva información, aptitudes y experiencias. Este tipo de motivación se da en la

medida en que se satisfagan las necesidades de aptitud o competencia, vinculación y autonomía, siendo menos probable cuando se frustran estas necesidades (Deci y Ryan, 1985; Ryan y Deci, 2000).

#### *Autonomía*

Es el componente principal de la motivación intrínseca. Una persona se siente con autonomía cuando se percibe como origen o causa y tiene control sobre lo que hace o va a hacer. Cuanta más autonomía mayor será la motivación y el interés intrínseco de la actividad. La motivación intrínseca se potencia ofreciendo opciones sobre la forma de realizar la tarea, dando la oportunidad para la autodirección y proporcionando retroalimentación positiva sobre la actuación (Carr, 2007). Ryan y Connell (1989) encontraron que los estudiantes que desarrollaban su labor con mayor autonomía y control se divertían más y eran más optimistas y eficaces en las tareas académicas. En las intervenciones en el ámbito de la salud para aumentar la autonomía de los participantes influyen variables como el pesimismo (Seligman, 1998), puesto que las atribuciones pesimistas originan pasividad, sentimientos de impotencia o desvaloración, e interfieren la promoción de la salud (Weare, 2000).

#### *Competencia*

La percepción que tengamos de nuestras propias habilidades y capacidades influye en las tareas que elegimos, las metas que nos proponemos, la planificación, el esfuerzo y la persistencia de las acciones encaminadas a la consecución de dicha meta (Huertas, 2008). La percepción de competencia es un factor motivacional importante, pero está supeditado a la sensación de autodeterminación según Deci y Ryan (2000). De esta forma, cuando una persona tiene sensación de competencia para realizar una tarea específica, las presiones, amenazas o promesas, afectan al desempeño e interés.

#### *Vinculación*

La teoría del apego de Bowlby (1979) fue pionera en otorgar un papel primordial a la necesidad de vinculación y al apoyo social, señalando que las conductas de exploración se manifiestan más en entornos seguros y en presencia de la madre. La satisfacción de esta necesidad facilita la motivación intrínseca. Varios estudios señalan que los estudiantes que tienen profesores fríos, que no les muestran aprecio y que les ignoran están menos motivados (Deci y Ryan, 2000; Ryan y Grolnick, 1986).

#### *El continuo de la autodeterminación*

Muchas de las actividades educativas, laborales o sociales están motivadas por factores externos. Entre los extremos de la motivación intrínseca y de la falta de motivación cabe distinguir diversos grados de motivación extrínseca, que se reflejan en el continuo de autodeterminación. Cuanto más se progresa en este continuo mayor es el nivel de autonomía mejorando el rendimiento académico, el cumplimiento médico, el activismo ecologista, las relaciones íntimas e incluso el tratamiento psicológico, por ejemplo de la depresión (Zuroff et al, 2007).

### *Curiosidad*

Con el fin de evitar la redundancia y el solapamiento que dificulten el progreso científico (Kashdan y Fincham, 2004), se agrupa en esta variable conceptos como disposición para cambiar (Arkowitz, Westra, Miller y Rollnick, 2008), interés (Fredrickson, 1998; Krapp, 1999) o motivación intrínseca (Deci, 1975; Ryan y Deci, 2000), e incluye afecto positivo, como vitalidad o disfrute, receptividad a nuevas experiencias, ampliación de los procesos cognitivos, concentración en la tarea y exploración activa de las fuentes de interés.

En el contexto de la psicología positiva, centrada en el estudio científico de las virtudes y el desarrollo humano (Pérez-Sales, 2008), la curiosidad se considera una fortaleza humana (Kashdan, 2004). Se define como el reconocimiento voluntario, la búsqueda y la autorregulación de oportunidades nuevas y retadoras, que reflejan valores intrínsecos e intereses (Kashdan y Fincham, 2004). La curiosidad es una de las denominadas “emociones del conocimiento” (Kashdan y Silvia, 2009). En el ámbito educativo, los alumnos con más curiosidad tienen más éxito académico (Hidi y Berndorff, 1998; Kashdan y Yuen, 2007; Schiefele, Krapp y Winteler, 1992). En el trabajo se relaciona con cogniciones y comportamientos que predicen mejores ajustes a nuevas ocupaciones (Wanberg y Kammeyer-Mueller, 2000), cambios laborales (Wanberg y Banas, 2000) y aprendizaje en el ámbito laboral, nivel de satisfacción y desempeño (Reio y Wiswell, 2000; Wall y Clegg, 1981). En el ámbito clínico los individuos con mayor curiosidad en introspección y modificación de metas de comportamiento obtienen mayores ganancias clínicas (Williams, Gagne, Ryan y Deci, 2002; William, Rodin, Ryan, Grolnick y Deci, 1998). En la promoción del bienestar se relaciona con los sistemas de recompensa (Depue, 1996) y con la motivación intrínseca (Ryan y Deci, 2000). Las personas que sienten curiosidad cambian su concepto de sí misma, de los demás y del mundo, con más facilidad, amplían sus conocimientos y habilidades, buscan el sentido de la vida y establecen metas a largo plazo a pesar de los obstáculos (Ainley, Hidi y Berndorff, 2002). La satisfacción proporcionada por la curiosidad se relaciona más con el bienestar entendido como eudamonia o vida plena con sentido, que con el placer asociado a actividades hedónicas (Kashdan y Steger, 2007). Por otro lado se ha constatado la relación negativa de la curiosidad con emociones como la ansiedad (Kashdan y Breen, 2008; Kashdan, Rose y Fincham, 2004).

### *La curiosidad y la teoría de la autodeterminación*

Aunque varias teorías ofrecen una versión del contexto social y de los procesos de autorregulación que apoyan la expresión de la curiosidad, Kasdan y Fincham (2004) consideran que la teoría de la autodeterminación es la más fértil para la intervención. Existen considerables datos que prueban que la satisfacción de las necesidades de autonomía, competencia y vinculación mejora la curiosidad, por lo que es aconsejable implementar intervenciones para aumentar la curiosidad por el tratamiento y el cambio positivo (Kasdan y Fincham, 2004)

### *Intervenciones sobre curiosidad en el ámbito de la salud: La entrevista motivacional*

Miller y Rollnick definen la entrevista motivacional (EM) como “un método directivo centrado en el cliente para mejorar la motivación intrínseca para el cambio, explorando y resolviendo la ambivalencia” (2002, p. 25). En muchas ocasiones las personas presentan ambivalencia sobre los cambios de comportamiento deseables, por ejemplo dejar de comer “comida basura”, a pesar de los efectos negativos en la salud y de otras muchas razones que justifican la decisión, por lo que es conveniente poner de manifiesto las contradicción entre el comportamiento habitual y los valores personales, incitando y aumentando la curiosidad para el cambio (Kashdan y Silvia, 2009; Miller y Rollnick, 2002). Desde la primera descripción clínica de la EM (Miller, 1983), las investigaciones y aplicaciones han crecido rápidamente. Primero aplicado a problemas de alcohol, posteriormente la EM ha sido usada en una variedad de otros problemas, incluido el abuso de drogas, ludopatía, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, enfermedades crónicas y diversos comportamientos relacionados con la salud (Arkowitz et al, 2008).

La entrevista motivacional esta fuertemente influenciada por la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1951, 1959), con su énfasis en entender el marco de referencia interna del cliente y sus preocupaciones presentes, así como la discrepancia entre comportamientos y valores. Tanto en la EM como en la terapia centrada en el cliente, el terapeuta provee la condición para el crecimiento y el cambio mediante actitudes de comunicación de una adecuada empatía y la aceptación positiva incondicional. En la EM se crea una atmósfera en la que el cliente, más que el terapeuta, se convierte en el principal agente de cambio. Pero a diferencia de la terapia centrada en el cliente, la EM tiene unas metas específicas: reducir la ambivalencia acerca del cambio e incrementar la motivación intrínseca para cambiar. En este sentido la EM es directiva.

Kasdan y Fincham (2004) señalan que la EM actúa aumentando la curiosidad del cliente al tratamiento, resolviendo las ambivalencias y retos del cambio personal mediante la satisfacción de la autodeterminación principalmente. Una meta central de la EM es incrementar la motivación intrínseca para el cambio, que surge de desde las metas y los valores personales más que desde fuentes externas así como otros intentos de persuadir, engatusar o coaccionar a la persona para cambiar. De hecho, presiones externas para cambiar pueden crear un paradójico descenso de los deseos de cambiar. Brehm y Brehm (1981) propusieron que cuando las personas perciben una amenaza a su libertad personal esto provoca la aparición de un estado aversivo de reactivancia. La reactivancia es menos probable que ocurra cuando el terapeuta da más apoyo a la autonomía que directrices para seguir (Miller, Benefield y Tonigan, 1993; Patterson y Chamberlin, 1994).

#### *Entrevista motivacional y estados de cambio.*

Existen muchos puntos en común entre la entrevista motivacional y el modelo transteórico de Prochaska y colaboradores (Prochaska y Norcross, 2004). Ambos asumen que las personas se acercan al cambio con diferente nivel de disposición. El modelo transteórico sugiere que diferentes estados de cambio están asociados con diferentes niveles de disposición al cambio, específicamente propone cinco estados a través de los cuales las personas pasan: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estas etapas son comunes a todas las formas de psicoterapia y a todos los procesos de cambio personal, con independencia de que se den en el contexto de la psicoterapia o fuera de ella (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994). Hay oscilaciones más que un progreso lineal a través de estos estados (Arkowitz et al, 2008). También se ha relacionado el modelo reformulado de indefensión aprendida (Abramson et al, 1978) con los estados de cambio en el terreno de las drogadicciones, argumentando que la sensación de pérdida de control producida por la tendencia a realizar atribuciones pesimistas ante una recaída en una época de abstinencia, puede socavar la motivación para el abandono de las drogas (Torres Jiménez et al, 2006). La ambivalencia es considerada como normal tanto en la EM como en el modelo transteórico donde es una característica del estado de contemplación. Personas para las que los contras del cambio sean más importantes que los pros estará relativamente desmotivadas para el cambio. Cuando los pros son más importantes que los contras están más motivadas para cambiar. Presentar el objetivo como ambivalente, más que como resistencia, permite examinar cada lado de la ambivalencia y la relación dinámica de cada una. Las razones para no cambiar son consideradas como válidas y como una parte más del cambio. La EM esta diseñada para aumentar la motivación para resolver esta ambivalencia en dirección al cambio (Arkowitz et al, 2008). Según Prochaska (1999) es posible cuantificar la magnitud del cambio en los pros y los contras que es esencial para un cambio eficaz.

#### *Justificación de la investigación*

Las intervenciones en el ámbito de la salud para aumentar la motivación o curiosidad hacia el cambio positivo se han llevado a cabo mediante la EM (Kasdan y Fincham, 2004). Aunque inicialmente se ha aplicado en las adicciones (Miller, Rollnick, 1991), también se han realizado intervenciones en otros problemas psicológicos, como la depresión o la ansiedad, principalmente mediante la combinación de la EM (con una media de tres sesiones) y la terapia cognitivo-conductual (Arkowitz et al, 2008). Méndez et al. (2002) se plantean respecto al tratamiento de la depresión adolescente si es posible que el mayor grado de estructuración y directividad de la terapia cognitivo-conductual genere contracontrol en algunos adolescentes y, si fuera así, quizás sería más eficaz iniciar la terapia con una fase “abierto” de discusión sobre cómo mejorar las relaciones interpersonales y concluir con una fase “cerrada” de entrenamiento en habilidades sociales, asignando a los adolescentes mayor protagonismo y autonomía. Salvo

excepciones, como Leahy (2002), la terapia cognitivo-conductual no ha trabajado la motivación para el cambio, la resistencia, o ambivalencia.

La promoción de la salud mental y prevención de la depresión y ansiedad adolescente ha experimentado un incremento de la investigación en los últimos años (Horowitz y Garber, 2006). Algunos investigadores destacan la necesidad de aumentar la motivación de los participantes para implicarse en los programas preventivos (Lowry-Webster, Barret y Lock, 2003). Allart y colaboradores han creado un instrumento específico el *Nijmegen Motivation List for Prevention (NML-P)* para evaluar la motivación de los participantes para implicarse en una intervención preventiva de la depresión adolescente (Allart, Hosman y Keijsers, 2004), argumentando que aunque ya se ha estudiado la influencia de la motivación en los abandonos, no hay un instrumento apropiado de medida. Estos autores hallan que la alta motivación predice mejores resultados de la intervención preventiva de la depresión.

#### **Objetivos e hipótesis**

El estudio es la primera fase de una investigación más extensa. Dicha fase consiste en la aplicación de una intervención previa para aumentar la curiosidad y la motivación de los participantes para implicarse en un programa de promoción de la salud mental y prevención de la depresión y ansiedad de los adolescentes. La aplicación del programa preventivo propiamente dicho constituye la segunda fase del estudio. Las hipótesis de la primera fase son:

1. La curiosidad o motivación para el cambio se relaciona negativamente con la ansiedad y de forma positiva con el estilo explicativo optimista.
2. Se espera un incremento de la curiosidad o motivación para el cambio en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

#### **Método**

##### *Participantes*

Participaron 87 escolares de 1º y 2º de ESO, de ambos géneros (51,7 % mujeres y 48,3 % varones) y clase social media, reclutados en siete centros educativos, cuatro públicos y tres privados, de la Región de Murcia. La media de edad fue 13 años. Los participantes se asignaron al azar a los grupos experimental (n = 51) y control (n = 36).

##### *Diseño*

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 2 con un factor inter (intervención previa motivacional, sin intervención) y un factor intra (pretest, postest).

##### *Variables y condiciones de control*

Las variables del estudio correlacional fueron curiosidad, estilo explicativo optimista y ansiedad. Las variables del estudio experimental fueron intervención previa (variable independiente dicotómica con dos valores, 2 = grupo experimental y 1 = grupo control) y curiosidad o motivación para el cambio (variable dependiente).



### 1. Curiosidad o motivación para el cambio

Definida operacionalmente como puntuaciones altas en la percepción positiva del cambio, puntuaciones bajas en la percepción negativa del cambio y elevado equilibrio decisional.

### 2. Estilo explicativo optimista

Se caracteriza por atribuciones externas, temporales y específicas de los acontecimientos negativos, esperanza, explicación optimista de las causas, inferencias no negativas sobre las consecuencias futuras derivadas del acontecimiento negativo e inferencias no negativas sobre uno mismo a partir de este suceso negativo.

### 3. Ansiedad

Incluye tanto una medida general de ansiedad como las dimensiones específicas de ansiedad fisiológica, inquietud / hipersensibilidad y preocupaciones sociales / concentración.

### Materiales y/o instrumentos

*Cuestionario de Estilo Cognitivo (ACSQ, Hankin y Abramson, 2002)*

Evalúa las inferencias en doce situaciones hipotéticas acerca de las causas de los acontecimientos negativos, sus consecuencias y sus implicaciones para uno/a mismo/a. Las dimensiones son *personalización, duración, amplitud, esperanza* (duración más amplitud), *causas* (personalización más duración más amplitud), *consecuencias* (inferencias no negativas de los acontecimientos) y *yo* (inferencias no negativas de uno mismo). También se obtiene una *puntuación total* sumando personalización, duración, amplitud, consecuencias y yo. Puntuamos el cuestionario, de forma que, a mayor puntuación en cada una de las escalas, mayor tendencia al optimismo. Tanto en el estudio original (Hankin y Abramson, 2002), como en la adaptación española (Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2008), las propiedades del cuestionario son satisfactorias.

*Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R, Reynolds y Richmond, 1985)*

Consta de 37 ítems que evalúan la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años. Se obtiene una puntuación total, tres puntuaciones parciales en las dimensiones específicas citadas en el apartado anterior y una puntuación en la escala de control "Mentira". La fiabilidad y validez son adecuadas según el estudio original de los creadores de la prueba.

*Cuestionario para Decisiones (Prochaska et al, 1994)*

Se utilizó la traducción española de Carr (2007). Comprende las dimensiones "pros" (percepciones positivas del cambio), "contras" (percepciones negativas del cambio) y "equilibrio decisional" (pros menos contras). Las propiedades psicométricas del instrumento son aceptables (Prochaska et al, 1994).

### Procedimiento

El programa preventivo se ofertó a doce centros de la Región de Murcia, de los que siete aceptaron participar en el estudio. Todos los centros, excepto uno, se hallaban ubicados en la ciudad de Murcia. Se expuso el estudio al personal directivo de los centros (director, jefe de estudio y profesional del

área de psicopedagogía) y a la junta directiva de la Asociación de Padres y Madres. Una vez obtenida su aprobación se convocó a los padres y a los profesores a una reunión informativa. La tasa de participación fue 6,58 %, por debajo del 14% habitual en este tipo de estudios (Gillham, Hamilton, Freres, Patto y Gallop, 2006; Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994; Sánchez y Méndez, 2009). Hemos de tener en cuenta ciertos puntos para explicar la baja tasa de participación:

1. Los adolescentes en horario extraescolar suelen estar ocupados con otras actividades (académicas, deportivas, ocio etc). Se está llevando a cabo el Plan PROA (Programas de Refuerzo, Orientación y Apoyo) desde hace tan solo un par de años en algunos centros, impartándose normalmente dos tardes a la semana, y fue uno de los impedimentos más importantes. También los orientadores nos comunicaba que ciertos cursos (bilingües) ya iban con muchas materias para añadir más y preferían no ofertarlo en estas aulas
2. Otro aspecto que quizás tenemos que tener en cuenta, es que la población (profesores, padres, adolescentes y otros agentes) no suele estar familiarizado con estos temas sobre promoción de la salud mental y quizás hay una falta de sensibilización en estos temas.
3. Por otra parte, intentar implantar una actividad fuera del currículo del centro educativo es muy difícil por un problema de horario y suele levantar resistencias y más cuando no se conoce bien su utilidad. Sería conveniente presentar con mucho tiempo el programa e integrarlo con el resto del currículo, aunque sea como actividad extraescolar, pues hay que tener en cuenta otras actividades que se imparten y la necesidad de planificar los recursos que necesitamos para impartir el programa.

Los escolares, cuyos padres firmaron el consentimiento informado, se asignaron al azar a los grupos experimental y control. Comentar que en principio se contaba con 91 participantes. Se generó, mediante la aplicación del programa informático GAUSS, un vector de números aleatorios que seguían un modelo uniforme en el rango de valores de 0 a 1, de tal manera que valores superiores a 0.5 serían grupo control y valores de 0 a 0.499 serían grupo experimental. Obtuvimos para el grupo control 40 participantes y para el experimental unos 51 participantes, aunque a la hora de iniciar el pretest, 3 estudiantes del grupo control se dieron de baja. Comentar que cuanto mayor es la muestra, más probable es que el azar equilibre los grupos con un número de participantes más igualado.

Posteriormente se comenzó realizando el pretest con ambos grupos en una sesión previa en la que se aplicaron las medidas de curiosidad, optimismo y ansiedad, con el fin de realizar el estudio correlacional. A la siguiente semana se aplicó la intervención motivacional en una sesión y a los siete días se realizó el postest de la medida de curiosidad, para comprobar el efecto de la intervención.

### Intervención motivacional

La intervención motivacional consistió en una sesión única de hora y media en la que en la que

se llevó a cabo las siguientes actividades:

- Discusión sobre las expectativas del programa.
- Explicación de la lógica de la intervención con ayuda de la metáfora del triángulo de la personalidad: sentimientos-comportamientos-pensamientos (Méndez, Espada y Orgilés, 2008).
- Exposición por medio de juegos del modelo de inteligencias múltiples de Gardner (1993), que pretende eliminar prejuicios y presentar el aprendizaje de las habilidades del programa como una extensión de su formación académica.
- Relato de historias adolescentes resaltando los beneficios para los protagonistas de adquirir las habilidades del programa.
- Empleo del balance decisional discutiendo pros y contras de aprender y practicar las habilidades del programa.
- Compromiso escrito de asistencia y participación activa en el programa, con los pros y contras, así como posibles soluciones a los inconvenientes. El contrato fue voluntario y lo firmaba el interesado, y opcionalmente otro compañero elegido por él y el monitor.

Durante la sesión se fomentó el sentimiento de autonomía y de significación con respecto a los objetivos personales que cada uno se fijaba para el programa, intentado desarrollar la curiosidad y la motivación intrínseca.

## Resultados

Previamente se comprobó que las puntuaciones de ambos grupos se ajustaban a una distribución normal, según las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, tanto en curiosidad, como en optimismo y ansiedad.

*Relación de la curiosidad o motivación para el cambio con el optimismo.*

### 1. Pros y estilo explicativo optimista.

La única correlación significativa fue con la dimensión personalización ( $r_{xy} = -0,30$ ;  $p = 0,010$ ), indicando que la percepción de positiva del cambio correlaciona con atribuciones internas de los eventos negativos.

### 2. Contras y estilo explicativo optimista.

Se hallaron correlaciones negativas y estadísticamente significativas en casi todas las dimensiones del estilo explicativo en consonancia con hipotetizado.

Concretamente en personalización ( $r_{xy} = -0,35$ ;  $p = 0,002$ ), duración ( $r_{xy} = -0,28$ ;  $p = 0,017$ ), yo ( $r_{xy} = -0,29$ ;  $p = 0,013$ ), esperanza ( $r_{xy} = -0,31$ ;  $p = 0,007$ ), causas ( $r_{xy} = -0,40$ ;  $p = 0,001$ ) y optimismo global ( $r_{xy} = -0,34$ ;  $p = 0,004$ ). En amplitud ( $r_{xy} = -0,21$ ;  $p = 0,076$ ) y consecuencias ( $r_{xy} = -0,15$ ;  $p = 0,196$ ) se observan correlaciones no significativas a nivel estadístico pero de magnitud baja según Cohen (1988) y por tanto con relevancia práctica. Por tanto, los datos revelan que un estilo explicativo optimista, caracterizado por atribuir los acontecimientos negativos a algo externo (personalización externa), pasajero en el tiempo (duración temporal), al área concreta donde sucedió el evento negativo (amplitud específica), con una visión esperanzada respecto al futuro, sin inferencias negativas de las consecuencias del suceso negativo, sin atribuciones a que algo falla en uno mismo, se relaciona inversamente con una mayor percepción negativa de los cambios o valoración de los contras o inconvenientes de hacer cambios en la vida. Este optimismo sería un factor facilitador para el cambio positivo.

### 3. Equilibrio decisional y estilo explicativo optimista.

Las correlaciones positivas entre ambas variable son de magnitud baja-media en amplitud ( $r_{xy} = 0,215$ ) y en esperanza ( $r_{xy} = 0,230$ ). El tamaño del efecto de las restantes correlaciones, en torno a  $r_{xy} = 0,150$ , es bajo. El mayor optimismo, y de forma más específica, la mayor esperanza se asocian con mayor motivación o curiosidad para cambiar.

*Relación de la curiosidad o motivación para el cambio con la ansiedad*

La única dimensión que correlacionó significativamente con ansiedad ( $r_{xy} = 0,25$ ;  $p = 0,026$ ), particularmente en inquietud / hipersensibilidad ( $r_{xy} = 0,27$ ;  $p = 0,018$ ) fueron los "contras". Una visión más amenazante del cambio se asocia a más ansiedad y a menos curiosidad y motivación para cambiar.

*Diferencias en curiosidad, optimismo y ansiedad según género y curso académico*

Se realizó la prueba T para muestras independientes para estudiar diferencias en curiosidad, optimismo y ansiedad según género o curso académico, no encontrando diferencias entre los grupos en ninguna de las variables estudiadas.

	Grupo experimental		Grupo control	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
ACSQ. P. total.	3,33 (0,80)	-	3,12 (0,84)	-
CMAS-R. P. total	13,50 (5,20)	-	14,44 (5,10)	-
CD. Pros	31,57 (5,23)	29,87 (7,12)	30,71 (6,93)	28,29 (5,91)
CD. Contras	24,60 (5,37)	22,81 (4,90)	23,14 (5,42)	23,57 (4,26)
CD. E. decisional	6,98 (6,89)	7,06 (6,61)	7,57 (6,81)	5,80 (4,67)

**Tabla 1.** Medias y desviaciones estándar de las medidas evaluadas.

Nota. ACSQ. P. total = Cuestionario de Estilo Cognitivo. Puntuación total; CMAS-R. P. total = Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada. Puntuación total; CD. Pros = Cuestionario para Decisiones. Pros; CD. Contras = Cuestionario para Decisiones.

Contras; CD. E. decisional = Cuestionario para Decisiones. Equilibrio decisional.

### *Efecto de la intervención sobre la curiosidad o motivación para el cambio*

A pesar de la asignación al azar se realizó la prueba T para muestras independientes con las puntuaciones del pretest del *Cuestionario para Decisiones* dado el pequeño tamaño de la muestra, no encontrando diferencias entre los grupos. Sin embargo como muestra la tabla 1, podemos ver que las puntuaciones en las dimensiones del *Cuestionario para Decisiones* son marginalmente diferentes.

De hecho en la dimensión contras se halló un tamaño del efecto de magnitud bajo-medio ( $d = 0,268$ ), con una relevancia práctica según Cohen (1988), señalando que en el pretest hay diferencia entre los grupos en la variable contras, siendo mayor en el grupo experimental. Para intentar compensar esta desigualdad hallada en las puntuaciones de los grupos se calculó las puntuaciones de cambio, es decir, la diferencia entre la puntuación del postest y del pretest de las distintas dimensiones de la medida de curiosidad utilizada. Luego se realizó la prueba T para muestras independientes con las puntuaciones de cambio calculadas previamente. Aunque en el grupo experimental aumentaron los pros y el equilibrio decisional y disminuyeron los contras, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. No obstante la ausencia de significación estadística puede deberse a la baja potencia estadística de la prueba debido al escaso tamaño muestral por lo que se vio conveniente calcular el tamaño del efecto y se encontró que:

1. Hay una diferencia significativa a nivel práctico ( $d = 0,57$ ) de magnitud media-alta (Cohen, 1988) que señala que la media de la dimensión pros aumenta en el grupo experimental, no siendo así en el grupo control, siendo este uno de los objetivos básicos de la intervención motivacional.
2. Encontramos una diferencia significativa a nivel práctico de magnitud media-baja ( $d = - 0,38$ ) indicando que en el grupo experimental se produce un descenso de los contras, mayor que en el grupo control, tras la intervención.
3. Hallamos una diferencia significativa práctica ( $d = 0,56$ ) de magnitud media-alta (Cohen, 1988), que indica que en el grupo experimental se produce un aumento de la motivación o curiosidad para el cambio, mayor que en el grupo control, tras la intervención.

### *Ambivalencia en la toma de decisiones.*

Por último se halló una correlación positiva entre “pros” y “contras” en el pretest ( $r_{xy} = 0,288$ ), lo que apoya la hipótesis de la ambivalencia consistente en que la persona considera que realizar una actividad o puede conllevar simultáneamente beneficios e inconvenientes dificultando el cambio. Este hallazgo sugiere la conveniencia de reducir la ambivalencia como paso previo a la intervención modificadora.

## **Discusión**

La investigación planteaba la relación positiva de la curiosidad acerca del cambio positivo con el optimismo y negativa con la ansiedad. Los resultados evidencian que la percepción negativa del cambio o “contras” se relaciona de forma negativa con el estilo explicativo optimista, sobre todo con la

esperanza, y de forma positiva con la ansiedad especialmente inquietud / hipersensibilidad. Una visión más optimista del cambio facilita la curiosidad y motivación para cambiar. De igual forma Miller y Rollnick (2002) especulan que la resolución de la ambivalencia sobre el cambio estará asociada con un incremento del optimismo acerca del cambio, especulación que más tarde Westra y Dozois (2006) encuentran empíricamente. Sin embargo, conviene mostrar cautela ante estos datos teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral.

Con respecto a la intervención motivacional la mejoría del grupo experimental no alcanzó significación estadística, sin embargo los datos son prometedores como revelan los tamaños del efecto siendo quizás, un problema de potencia estadística el que no se deje ver una significación a nivel estadístico de los resultados. Una limitación del estudio fue que la intervención motivacional se realizó en una sola sesión por problemas de calendario escolar. Así pues, se sugiere la pertinencia de efectuar más sesiones para asemejarse a otras intervenciones que han tenido un éxito más claro como la de Westra y Dozois (2006) que utilizan tres sesiones de pretratamiento con EM frente a un grupo control en una muestra con participantes con un diagnóstico principal de ansiedad (45 % trastorno de pánico, 31% fobia social y 24 % trastorno de ansiedad generalizada). Ambos grupos reciben después terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la ansiedad. Encuentran que el grupo que recibió el pretratamiento con EM muestra incrementos significativos en expectativas positivas para el cambio en ansiedad ( $d = 0, 60$ ), significativamente mayor realización de las tareas para casa ( $d = 0,96$ ) y mayor número de participantes que completan la terapia (84%) en comparación con el grupo control (63%). Una muestra con más participantes también podría contribuir a encontrar resultados de forma más clara, teniendo en cuenta que nos encontramos en el ámbito de promoción de la salud mental y prevención de trastornos psicológicos en adolescentes. También sería deseable ampliar la evaluación de la curiosidad utilizando instrumentos de medida adaptados a la población española y al ámbito específico de la promoción de la salud mental y tomando medidas repetidas. Como indican Kashdan y Fincham (2004) las intervenciones que evalúan múltiples componentes de la curiosidad a lo largo de las sesiones del programa son más sensibles y detectan mejor los cambios en esta variable. Otras limitaciones son la descompensación de los grupos que puede haber afectado a los resultados. También sería importante tener en cuenta en futuros estudios que es más fácil que se tengan pérdidas de participantes en el grupo control (ya que no tienen la motivación de participar en el programa), por lo que en caso de descompensación sería mejor que fuera más numeroso. Una muestra mayor también ayudaría a que la asignación al azar sea más equitativa. Respecto a la baja participación en el programa sería muy conveniente realizar campañas de sensibilización a la población y dar a conocer otras facetas de la psicología, mas centrada en el aprendizaje de recursos y competencias psicológicas, en la excelencia y florecimiento personal, dando a conocer resultados importantes que las

investigaciones están encontrando a todos los agentes implicados con mucho tiempo de antelación (campañas publicitarias de concienciación a la comunidad, charlas informativas a los directores de los centros, departamentos de orientación, tutores, profesores y demás personal del centro educativo, así como a los padres mediante charlas, folletos, cartas, cursos etc pues todos son agentes activos del cambio positivo en los adolescentes). Sería conveniente presentar con mucho tiempo el programa e integrarlo con el resto del currículo, aunque sea como actividad extraescolar, pues hay que tener en cuenta otras actividades que se imparten y la necesidad de planificar los recursos que necesitamos para impartir el programa.

### Conclusiones

En este artículo se pretendía comprobar, por una parte, la relación positiva de la curiosidad o motivación para el cambio con el optimismo y negativa con la ansiedad, variables que tendrán que tenerse en cuenta a la hora de fomentar la curiosidad en este y otros ámbitos, como ya han señalado otras investigaciones (Kashdan y Breen, 2008; Kashdan, Rose y Fincham, 2004; Westra y Dozois, 2006). Por lo que el tener un estilo explicativo más optimista y niveles más bajos de ansiedad podrían ser objetivos de trabajo en el fomento de la curiosidad acerca del cambio positivo.

También encontramos resultados prometedores en la aplicación de una preintervención motivacional para aumentar la curiosidad para el cambio positivo y la implicación en un programa preventivo. Se considera que el estudio de la curiosidad es relevante para la promoción de la salud mental y para la prevención de trastornos psicológicos y físicos, además de otros campos, por lo que concluimos en la pertinencia de llevar a cabo intervenciones para fomentar la curiosidad por los beneficios que conlleva (Kashdan, y Steger, 2007). Como ya comentamos, las intervenciones en el ámbito de la salud para aumentar la motivación o curiosidad hacia el cambio positivo se han llevado a cabo mediante la EM (Kashdan y Fincham, 2004). Aunque inicialmente vimos que se ha aplicado en las adicciones (Miller y Rollnick, 1991), también se han realizado intervenciones en otros problemas psicológicos, como la depresión o la ansiedad, principalmente mediante la combinación de la EM (con una media de tres sesiones) y la terapia cognitivo-conductual (Arkowitz et al, 2008). En el ámbito de la promoción de la salud mental y en el de la prevención de la depresión y ansiedad en adolescentes, diversos autores han señalado la necesidad de aumentar la motivación de los participantes para implicarse en los programas preventivos (Lowry-Webster, Barret y Lock, 2003). Allart y colaboradores (2004) hallan que la alta motivación para implicarse en una intervención preventiva de la depresión adolescente predice mejores resultados en el efecto preventivo de la sintomatología depresiva, por lo que encontramos fundamental el fomento de la curiosidad y el interés para implicarse en la asistencia y la puesta en práctica, tanto durante la aplicación del programa como posteriormente, de aquellas técnicas (realización de actividades placenteras y

significativas, afrontar los problemas de forma eficaz, habilidades sociales, estilo explicativo optimista etc) que la investigación ya ha señalado que se relacionan con un mayor bienestar y previenen trastornos psicológicos como la depresión.

### REFERENCIAS

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Ainley, M., Hidi, S. y Berndorff, D. (2002). Interest, learning and the psychological processes that mediate their relationship. *Journal of Educational Psychology*, 94, 545-561.

Allart, E., Hosman, C. M. H. y Keijsers, G. P. J. (2004). A new instrument to assess participant motivation for involvement in preventive interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 555-565.

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W.R. y Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Nueva York: Guilford Press.

Arnkoff, D. B., Glass, C. R. y Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 325-346). Nueva York: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Londres: Tavistock.

Brehm, S. S. y Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. Nueva York: Academic Press.

Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2008). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 14, 215-227.

Carr, A. (2007). *Psicología positiva: La ciencia de la felicidad*. Buenos Aires: Paidós.

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

Csikszentmihalyi, M. y Rathunde, K. (1993). The measurement of flow in everyday life: Toward a theory of emergent motivation. En J. E. Jacobs (Ed.), *Developmental perspectives on motivation* (pp. 57-97). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. Nueva York: Plenum.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nueva York: Plenum Press.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–68.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life’s domains. *Canadian Psychology*, 49, 14–23.
- Depue, R. A. (1996). A neurobiological framework for the structure of personality and emotion: Implications for personality disorders. En J. F. Clarkin y M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 347–391). Nueva York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319.
- Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiples intelligences* (2.ª ed). Glasgow: Fontana.
- Gillham, J. (2000). *The science of optimism and hope*. Filadelfia, PA: Templeton Foundation Press.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. y Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 195–211.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescents: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491–504.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: Wiley
- Hidi, S. y Berndorff, D. (1998). Situational interest and learning. En L. Hoffman, A. Krapp, K. A. Renninger y J. Baumert (Eds.), *Interest and learning* (pp. 74–90). Kiel: IPN.
- Horowitz, J. L. y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401–415.
- Huertas, J. A. (2008). Las teorías de la motivación desde el ámbito de lo cognitivo y lo social. En F. Palmero y F. M. Sánchez (Eds.). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. y Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801–816.
- Kashdan, T. B. (2004). Curiosity. En C. Peterson y M. E. P. Seligman (Eds.), *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (pp. 125–141). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Kashdan, T. B. y Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39, 1–12.
- Kashdan, T. B. y Fincham, F. D. (2004). Facilitating curiosity: A social and self-regulatory perspective for scientifically based interventions. En P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 482–503). Nueva York: Wiley.
- Kashdan, T. B., Rose, P. y Fincham, F. D. (2004). Curiosity and exploration: Facilitating positive subjective experiences and personal growth opportunities. *Journal of Personality Assessment*, 82, 291–305.
- Kashdan, T. B. y Silvia, P. (2009). Curiosity and interest: The benefits of thriving on novelty and challenge. En S. J. López y C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2.ª ed., pp. 367–374). Nueva York: Oxford Press.
- Kashdan, T. B. y Steger, M. F. (2007). Curiosity and pathways to well-being and meaning in life: Traits, states, and everyday behaviors. *Motivation and Emotion*, 31, 159–173.
- Kashdan, T. B. y Yuen, M. (2007). Whether highly curious students thrive academically depends on the learning environment of their school: A study of Hong Kong adolescents. *Motivation and Emotion*, 31, 260–270.
- Krapp, A. (1999). Interest, motivation, and learning: An educational-psychological perspective. *European Journal of Psychology in Education*, 14, 23–40.
- Leahy, R. L. (2002). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. Nueva York: Guilford.
- Liedekerken, P., Jonkers, R., Haes, W., Kok, G. y Saan, J. (1990). *Effectiveness of health education*. Assen: Van Gorcum.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M. y Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25–43.
- Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2008). *¿Depresión o felicidad?* Vigo: Nova Galicia.
- Méndez, F. X., Rosa, A. I., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, 563–580.

- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. y Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Nueva York: Guilford Press.
- Patterson, G. y Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training. *Clinical Psychology: Research and Practice*, 1, 53-70.
- Pérez-Sales, P. (2008). Psicoterapia positiva en situaciones adversas. En C. Vázquez y G. Hervás, (Eds.) *Psicología positiva aplicada* (pp. 155-190). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Prochaska, J. (1999). How do people change and how can we change to help many more people? En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Ed.), *The heart and soul of change* (págs. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association
- Prochaska, J. y Norcross, J. (2004). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5.ª ed). Nueva York: Wadsworth.
- Prochaska, J., Norcross, J. y DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: William Morrow.
- Reio, T. G. y Wiswell, A. (2000). Field investigation of the relationship among adult curiosity, workplace learning, and job performance. *Human Resource Development Quarterly*, 11, 5-30.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1985). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) CMAS-R*. México: El Manual Moderno.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science: Vol. 3. Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Nueva York: McGraw-Hill.
- Ryan, R. M. y Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. y Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and methods* (pp. 618-655). Nueva York: Wiley.
- Ryan, R. M. y Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom: Self-report and projective assessments of individual differences in children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 550-558.
- Sánchez, O. y Méndez, F. X. (2009). Prevención de la depresión infantil mediante el fomento del optimismo. *Revista de Psicoterapia*, 18, 77-89.
- Schiefele, U., Krapp, A. y Winteler, A. (1992). Interest as a predictor of academic achievement: A meta-analysis of research. En K. A. Renninger, S. Hidi y A. Krapp (Eds.), *The role of interest in learning and development* (pp. 183-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L. y Gillham, J. (2005). *Niños optimistas*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Torres Jiménez, A., Robert, A., Tejero, A., Boget, T. y Pérez de los Cobos, J. (2006). Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 168-75
- Veen, C. (1995). *Evaluation of the IUHPE Project on the effectiveness of health promotion and health education* (12 vols). Utrecht: Dutch Health Education Center.
- Wall, T. D. y Clegg, C. W. (1981). A longitudinal field study of group work redesign. *Journal of Occupational Behavioural*, 2, 31-49.
- Wanberg, C. R. y Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85, 132-142.
- Wanberg, C. R. y Kammeyer-Mueller, J. D. (2000). Predictors and outcomes of proactivity in the socialization process. *Journal of Applied Psychology*, 85, 373-385.
- Weare, K. (2000). *Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach*. Nueva York: Routledge.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attributional theory*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Westra, H. A. y Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioural therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 481-498.

Williams, R. (1989). *The trusting heart*. Nueva York: Random House.

Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology, 21*, 40-50.

Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S. y Deci E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17*, 269-276.

Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Bagby, M. y Marshall, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new nonspecific predictor of outcome in brief treatments of depression. *Psychotherapy Research, 17*, 137-148.





## Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo

María del Castillo Aparicio<sup>1</sup>, Carmen Moreno-Rosset<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Martín Díaz<sup>3</sup>,  
Isabel Ramírez –Uclés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Psicología. Unidad de Reproducción Asistida. Clínica Quirón de Zaragoza (España)

<sup>2</sup>Doctora en Psicología. Dpto. Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Facultad de Psicología. UNED (España)

<sup>3</sup>Doctora en Psicología. Dpto. Psicología Básica II. Facultad de Psicología. UNED (España).

---

### RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar en parejas infértiles el afecto positivo y negativo, así como el desajuste emocional y los recursos adaptativos en infertilidad, determinando asimismo, las diferencias debidas al género en dichas variables. La muestra está compuesta por 101 personas con problemas de fertilidad (51 hombres y 50 mujeres). Los instrumentos de evaluación utilizados son Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988) y el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008). Los resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias debidas al género, mostrando las mujeres niveles más altos de afecto negativo y desajuste emocional, y los hombres un mayor nivel de afecto positivo. Asimismo se ha encontrado que en las mujeres infértiles el afecto positivo correlaciona de forma negativa tanto con el afecto negativo como con el desajuste emocional y de manera positiva con los recursos interpersonales y los recursos adaptativos. No encontrándose dichas correlaciones en el caso de los hombres. El análisis de regresión indica que es posible predecir el afecto positivo en las mujeres mediante dichas variables, explicando un 42.2% de la varianza. En este estudio hemos querido ampliar el abordaje de la evaluación en infertilidad introduciendo en el análisis, variables positivas como los recursos adaptativos y el afecto positivo, que pueden ofrecer una mejor orientación en el tratamiento psicológico de estas parejas.

*Palabras clave:* Infertilidad, Género, Afecto positivo, Desajuste emocional, Recursos adaptativos.

*Recibido:* 5 de noviembre de 2009

*Aceptado:* 8 de febrero de 2010

---

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de infertilidad es un impacto emocional clasificado como acontecimiento vital de sobrecarga crónica, porque se convierte en una preocupación constante a partir de ese momento (Witkin, 1995).

La infertilidad puede provocar un cúmulo de experiencias que cada pareja vive de manera distinta, no existiendo una única manera de afrontar la situación. Además aunque la infertilidad es un problema en la pareja, las respuestas a dicha experiencia pueden ser diferentes para cada miembro. Es difícil predecir la reacción de una persona ante el diagnóstico y recomendación de tratamiento de la infertilidad, sin embargo

determinadas reacciones son similares en todas las parejas (sorpresa, negación, rabia, aislamiento, etc.). Una vez que la pareja ha decidido “tener un hijo”, y sus intentos han sido infructuosos durante varios meses, multitud de sueños e ilusiones se van transformando en frustración, ansiedad y desesperanza, afectando también negativamente a las relaciones sociales significativas conduciendo a un sentido del aislamiento (Olshansky, 1996).

Investigaciones recientes han mostrado que el aumento en los niveles de ansiedad y depresión son comunes en las mujeres que reciben tratamiento de reproducción asistida (Pook & Krause, 2005a; Schmidt, Thomsen, Boivin & Andersen, 2005; Verhaak, 2005, entre otros). Los niveles de depresión alcanzan su valor más alto entre el segundo y tercer año de infertilidad (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006). La importancia de la relación entre infertilidad y depresión es subrayada por algunos estudios, que sugieren que los altos niveles de depresión en las mujeres pueden derivar en un porcentaje menor de embarazos y en un menor compromiso en futuros ciclos de fecundación in Vitro.

Algunos estudios comparan los niveles de ansiedad o depresión que presentan las parejas infértiles frente a las parejas con hijos y concluyen que existen mayores niveles de humor depresivo en las parejas con problemas de fertilidad (Oddens, Den Tonkelaar & Nieuwenhuyse, 1999). Resultados similares encuentran Ozkan & Baysal (2006) al comparar los niveles de ansiedad entre una muestra de mujeres infértiles con un grupo de mujeres con hijos, encontrando que el grupo de personas infértiles presentan puntuaciones de ansiedad significativamente superiores. El mismo resultado ha sido encontrado en población española por Moreno-Rosset & Martín (2008).

Sin embargo, no todos los estudios obtienen resultados en el mismo sentido, realmente no existe un consenso claro en afirmar que las parejas infértiles sufran mayor ansiedad y depresión que la población general (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2007). Este hecho podría deberse a que dicha sintomatología depresiva y ansiosa, en determinados casos, no reúne las características ni los criterios necesarios para considerarse como trastorno psicopatológico. Los signos ansiosos y depresivos que se detectan en estas parejas podrían encuadrarse mejor en el concepto de desajuste emocional que proponen Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera & Flores (2008).

Estos aspectos han promovido en el campo de la infertilidad estudios centrados en evaluar variables afectivas, intentando ampliar el campo de variables analizadas y las áreas de interacción, encontrando relaciones significativas del estado afectivo con otros factores psicológicos como las altas expectativas de embarazo y el ajuste a la esterilidad y también con factores biológicos tales como número de ovocitos fertilizados y embriones transferidos. Así mismo se ha encontrado que el riesgo a no tener ningún nacimiento vivo resultaba ser un 93% más bajo en mujeres que tenían el afecto positivo más alto (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan & Sieber, 2001).

En otra investigación similar se encontró que el 51% de la variación del ajuste a la fertilidad podía ser predicha significativamente por la edad y el afecto negativo, aunque las expectativas irreales altas y el ajuste a la esterilidad no se asociaron significativamente entre sí y solo el afecto negativo fue predictivo, lo que subraya la importancia de las emociones negativas influyendo en las expectativas y en la habilidad de procesar y adaptarse a las circunstancias difíciles (Durning & Williams, 2004).

Además, junto a la evaluación del desajuste emocional y los afectos positivo/negativo, es necesario conocer los recursos adaptativos que pueden tener las parejas infértiles y que les pueden servir de ayuda para afrontar la situación difícil que viven. No solo supone un problema la infertilidad, sino también pueden resultar estresantes los tratamientos de reproducción artificial. Tomando como modelo la definición del término realizada en el manual del cuestionario DERA (Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008), se entiende como “recurso adaptativo” el conjunto de disposiciones tanto internas y estables (por ejemplo, determinados rasgos de personalidad) como externas y modificables (sería el caso del apoyo social) que

ayudan a los sujetos a afrontar las situaciones e intentar mantener o recuperar, en las distintas áreas vitales, el nivel de funcionamiento que presentaban antes de la aparición del suceso estresante. Como añaden estos autores, en el ámbito de las enfermedades crónicas, la adaptación ha sido entendida como la experiencia que los pacientes manifiestan de crecimiento personal. De tal manera que la crisis que representa la aparición de un acontecimiento vital puede ser, al mismo tiempo, una oportunidad para el crecimiento personal y para el desajuste emocional (Brennan, 2001).

Sirva como ejemplo de investigación que relaciona infertilidad con recursos adaptativos, el estudio realizado por Ardentí, Campari, Agazzi & Battista (1999) que evalúa junto a las repercusiones emocionales, aspectos de bienestar y personalidad, y en el que se define aspectos positivos de las mujeres que reciben tratamientos de fecundación in Vitro como firmemente ancladas en la realidad, orientadas hacia el presente y con una actitud positiva hacia la vida; no hay signos de hipocondría o ansiedad con respecto a su integridad física; no muestran alteraciones en la autonomía o en la integración del yo ni problemas en la adaptación social o de comunicación; no están presentes los pensamientos depresivos pero sí los de esperanza, con equilibrio entre el optimismo y el pesimismo y una adecuada capacidad para controlar sus emociones, y no muestran sentimientos de malestar ante lo desconocido. A pesar de ello, a lo largo de su trabajo, los autores analizan la ansiedad y su relación con variables tales como el diagnóstico, las distintas fases de los tratamientos o el tiempo de duración de los mismos.

La falta de recursos personales e interpersonales que faciliten el ajuste a la infertilidad coloca en una posición vulnerable a muchas parejas. Existen evidencias empíricas de la influencia del afecto negativo y del estrés en el sistema hormonal de las mujeres, lo que puede sugerir una menor tasa de éxito de las técnicas artificiales reproductivas, aumentando cada vez más el malestar emocional con los riesgos que eso conlleva en todos los niveles de su vida. (Hendrick, Gitlin, Altshuler & Korenman, 2000; Pook, Krause & Rohrie, 2000; Sheiner, Sheiner, Carel, Potashnik & Shoham-Vardi, 2002; Stacy, 2004; Eskiocak, Gozen, Yapar, Tavas, Kilie & Eskiocak, 2005). Estos datos no solo aportan información sobre la importancia de las emociones y el estado psicológico como posible factor precursor y/o agravante de la infertilidad, sino también invitan a seguir investigando acerca de su posible efecto amortiguador e incluso favorecedor de la fertilidad.

La presente investigación tiene como objetivo estudiar el afecto positivo y negativo y el desajuste emocional en parejas infértiles y comprobar las diferencias que pueden aparecer entre ambos miembros de la pareja. Asimismo, se analizarán los recursos adaptativos tanto personales como interpersonales que presenta la muestra estudiada. Finalmente, se analizará el valor predictivo que las variables estudiadas puedan presentar sobre el afecto positivo en pacientes evaluados con infertilidad, pudiendo éste fomentar una mejor adaptación a la infertilidad. Con ello, se pretende conocer las variables y recursos que poseen

las personas que mejor encaran la dificultad para tener hijos, y de esta manera encontrar los factores que puedan ayudar a reparar el malestar de los que presentan desajuste. Se investiga este tema tomando en consideración las diferencias de género existentes desde una óptica positiva, de tal forma que los resultados obtenidos puedan ser utilizados para la complementación y el equilibrio de la pareja.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra está constituida por 101 participantes, con problemas de infertilidad que acudieron a una Unidad de Reproducción Asistida privada de Zaragoza para solicitar estudio y tratamiento de reproducción asistida, de los cuales 51 son hombres y 50 mujeres. No se incluyó en el estudio a una participante debido a un error en la realización del cuestionario. La edad media del grupo de hombres es de 34.42 años (D.T.= 4.07), con valor mínimo de 25 y máximo de 40. La edad media del grupo de mujeres es de 35.88 (D.T.=4.37), con valor mínimo de 27 y máximo de 47.

### Instrumentos

Para la evaluación de los participantes se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Adaptación de Sandín et al. (1999). Consta de 20 ítems a los que el individuo responde cómo se siente habitualmente, en una escala tipo Likert que oscila entre 1 "nada" y 5 "muchísimo". Mide afecto en dos dimensiones independientes y no correlacionadas. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de malestar subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. Los coeficientes alfa de Cronbach de la versión española aplicada en el presente estudio son para el grupo de varones [alfa = 0.89 (AP) y 0.91 (AN)] y para el de mujeres [alfa = 0.87 (AP) y 0.89 (AN)] (Sandín et al., 1999).

-Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad DERA (Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008). Es un instrumento compuesto por 48 elementos con un formato de respuesta de escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado en que el sujeto considera falso o verdadero cada uno de los enunciados que se le presentan. Consta de cuatro factores: Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos Interpersonales y Recursos Adaptativos. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala global es de 0.85 y en cada una de sus subescalas presenta correlativamente una fiabilidad de 0.90, 0.57, 0.78 y 0.74. Los estudios de validez convergente con el cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes (CEA; Rodríguez-Martín, Terol, López-Roig & Pastor 1992) ofrecen evidencia de la validez del instrumento. Otros datos psicométricos pueden consultarse en Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro (2009).

### Procedimiento

Las parejas infértiles que acudían por primera vez a la Unidad privada de Reproducción Asistida para solicitar estudio y/o tratamiento de su infertilidad eran informadas de la investigación pidiéndoles su colaboración. No hubo ningún criterio de exclusión en cuanto a situación civil u orientación sexual. Las parejas que aceptaban participar firmaban el correspondiente consentimiento informado y pasaban a formar parte de la muestra de estudio.

En general las personas invitadas a participar lo hacían voluntariamente, y únicamente declinaron el ofrecimiento las parejas que tuvieron problemas debidos a la falta de tiempo. La selección de la muestra se realizó en seis meses.

Los instrumentos de evaluación psicológica eran cumplimentados en la misma clínica y de forma individual por cada uno de los miembros de la pareja. Este procedimiento (in situ y cada uno independientemente) evitaba posibles sesgos de evaluación. El estudio fue previamente aprobado por el Comité de Ética Asistencial del Centro.

## RESULTADOS

Los análisis estadísticos se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. En primer lugar, para establecer las diferencias en función del Género en las diferentes subescalas del cuestionario PANAS (Afecto positivo y Afecto negativo) y en las subescalas que constituyen el cuestionario DERA (Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos), procedimos a realizar dos MANOVAS independientes, considerando como variable independiente el Género de los participantes (Hombre vs. Mujeres) y como variables dependientes las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA, respectivamente. La Tabla 1 muestra las medias y las desviaciones típicas en las diferentes variables.

	Hombres		Mujeres	
	PANAS			
	Media	D.T	Media	D.T
<b>Afecto positivo</b>	37.59	4.91	35.62	5.32
<b>Afecto negativo</b>	20.57	4.60	25.54	6.56
	DERA			
	Media	D.T	Media	D.T
<b>Desajuste emocional</b>	54.16	13.62	65.04	16.50
<b>Recursos personales</b>	40.51	4.22	41.58	8.21
<b>Recursos Interpersonales</b>	43.39	3.78	44.92	4.93
<b>Recursos Adaptativos</b>	83.93	6.48	86.50	10.28

**Tabla 1.** Medias y Desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del cuestionario PANAS y del cuestionario DERA

Los resultados del primer MANOVA, considerando como variable independiente la variable Género y como variables dependientes las dos subescalas del cuestionario PANAS (Afecto

positivo y Afecto negativo) indican un efecto principal de la variable Género (Wilks' Lambda=0.835,  $F(2,98)=9.669$   $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.165$ ). La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos.

Puesto que el MANOVA ha mostrado resultados estadísticamente significativos se procedió a realizar ANOVAS univariados para cada una de las variables dependientes. La Tabla 3 recoge los resultados de los ANOVAS independientes para cada una de las variables dependientes. Como podemos observar, encontramos un efecto significativo de la variable Género sobre la variable Afecto positivo ( $F(1,99)=3.730$   $MCe= 26.224$   $p=0.050$ ,  $\eta^2=0.035$ ), mostrando los mujeres infértiles un menor nivel de afecto positivo que los hombres infértiles, y sobre la variable Afecto negativo ( $F(1,99)=19.506$   $MCe= 31.989$   $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.165$ ), mostrando las mujeres infértiles un mayor nivel de Afecto negativo que los hombres infértiles.

Los resultados del segundo MANOVA,

considerando como variable independiente la variable Género y como variables dependientes las cuatro subescalas del cuestionario DERA (Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos Adaptativos) indican un efecto principal de la variable Género (Wilks' Lambda =0.781,  $F(3,97)=9.084$   $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.219$ ). La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos.

En la Tabla 3 se recogen los resultados de los ANOVAS independientes para cada una de las variables dependientes. Como podemos observar, únicamente encontramos un efecto significativo de la variable Género sobre la variable Desajuste emocional ( $F(1,99)=13.079$   $MCe= 228.633$   $p=0.000$ ,  $\eta^2=0.117$ ), mostrando las mujeres infértiles un mayor grado de desajuste emocional que los hombres infértiles. El efecto del Género sobre las variables Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos Adaptativos no ha resultado significativo.

PANAS				
<b>Género</b>	Wilks' Lambda=0.835	$F(2,98)=9.669$	$p=0.000*$	$\eta^2=0.165$
DERA				
<b>Género</b>	Wilks' Lambda=0.781	$F(3,97)=0.084$	$p=0.000*$	$\eta^2=0.219$

Tabla 2. Resultados MANOVAS

PANAS (Afecto positivo)				
<b>Género</b>	$F(1,99)=3.730$	$MCe=26.224$	$p=0.05*$	$\eta^2=0.036$
PANAS (Afecto negativo)				
<b>Género</b>	$F(1,99)=19.506$	$MCe=31.989$	$p=0.000*$	$\eta^2=0.165$
DERA (Desajuste emocional)				
<b>Género</b>	$F(1,99)=13.079$	$MCe= 228.6$	$p=0.000*$	$\eta^2=0.117$
DERA (Recursos personales)				
<b>Género</b>	$F(1,99)=$	$MCe=0.682$	$p=0.411$	$\eta^2=0.007$
DERA (Recursos interpersonales)				
<b>Género</b>	$F(1,99)=$	$MCe=3.055$	$p=0.084$	$\eta^2=0.030$
DERA (Recursos adaptativos)				
<b>Género</b>	$F(1,99)=$	$MCe=2.315$	$p=0.131$	$\eta^2=0.023$

Tabla 3. Resultados ANOVAS independientes/

Considerando las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en las variables evaluadas, en segundo lugar procedimos a realizar análisis de correlaciones de Pearson de forma independiente para el grupo de mujeres infértiles y para el grupo de hombres infértiles.

Siguiendo el objetivo de nuestro estudio se observó que, para el grupo de los hombres infértiles, la variable Afecto positivo tan sólo correlaciona significativamente de forma negativa con la variable Afecto negativo ( $r = -0.313$ ,  $p<0.025$ ). No se encuentra ninguna otra correlación significativa con el resto de variables. Sin embargo, efectuadas las correlaciones para el grupo de mujeres infértiles, observamos que la variable Afecto positivo correlaciona significativamente con las siguientes variables: de forma negativa con la variable Afecto negativo ( $r = -0.468$ ,  $p<0.001$ ), de forma negativa con la variable Desajuste emocional ( $r = -0.499$ ,  $p<0.000$ ), de forma positiva con la variable Recursos interpersonales ( $r = 0.505$ ,  $p<0.000$ ) y de forma positiva con la variable Recursos adaptativos ( $r =$

$0.452$ ,  $p<0.001$ ). No existe correlación significativa entre la variable Afecto positivo y Recursos personales en el caso de las mujeres infértiles. Los resultados anteriores se muestran en las Tablas 4 y 5, respectivamente).

Considerando las correlaciones obtenidas para el caso de las mujeres infértiles, y con el objeto de comprobar el valor predictivo de las variables Afecto negativo, Desajuste emocional, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos sobre el Afecto positivo en el caso de las mujeres infértiles se ha llevado a cabo un análisis de regresión lineal múltiple (*stepwise*).

El análisis de varianza debido a la regresión refleja la significación estadística global de la relación conjunta de la variable Afecto positivo con las variables predictivas ( $F(4,45) = 8.228$ ,  $p<0.000$   $MCe=17.812$ ). Según el análisis de regresión las variables Afecto negativo, Desajuste emocional, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos predicen el 42.2% de la variable Afecto positivo. La

variable Recursos personales aparece fuera del modelo, esto es, no resulta predictiva como consecuencia de los resultados obtenidos en el análisis de correlación.

La constante, los coeficientes  $\beta$  para las variables predictoras, así como la recta de regresión se muestran en la Tabla 6.

	Afecto positivo	Afecto negativo	Desajuste emocional	Recursos Personales	Recursos interpersonales	Recursos adaptativos
Afecto Positivo		-0.313*	-0.244	0.180	0.256	0.272
Afecto negativo			0.606**	0.167	-0.315*	-0.075
Desajuste emocional				-0.169	-0.508**	-0.407**
Recursos Personales					-0.310*	0.832**
Recursos interpersonales						-0.786**

\*La correlación es significativa al 0.05 (bilateral)

\*\*La correlación es significativa al 0.01 (bilateral)

Tabla 4. Correlaciones entre las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA en hombres infértiles

	Afecto positivo	Afecto negativo	Desajuste emocional	Recursos Personales	Recursos interpersonales	Recursos adaptativos
Afecto Positivo		-0.468**	-0.499**	0.262	0.505**	0.452**
Afecto negativo			0.725**	-0.046	-0.259	-0.161
Desajuste emocional				0.005	-0.427**	-0.201
Recursos Personales					0.173	0.881**
Recursos interpersonales						0.618**

\*La correlación es significativa al 0.05 (bilateral)

\*\*La correlación es significativa al 0.01 (bilateral)

Tabla 5. Correlaciones entre las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA en mujeres infértiles

Constante : 23.188	Coeficientes Beta ( $\beta$ )
Afecto negativo (AN)	-0.193
Desajuste emocional (DE)	-0.060
Recursos interpersonales (RI)	0.230
Recursos adaptativos (RA)	0.127
<b>RECTA DE REGRESIÓN</b>	
Afecto positivo= 23.188+(-0.193)·AN (-0.060)·DE(+0.23)·RI(+0.127)·RA	

Tabla 6. Constante, coeficientes  $\beta$  y recta de regresión (mujeres infértiles)

En el caso de los hombres infértiles, dado que el Afecto positivo únicamente correlaciona significativamente de forma negativa con la variable Afecto negativo, no tiene sentido el análisis de regresión múltiple, y es así como estadísticamente se manifiesta en el análisis de varianza debido a la regresión mostrando una no significación estadística de la relación conjunta de la variable Afecto positivo con las variables predictoras ( $F(4,46)=2.254$ ,  $p<0.078$ ,  $MCE=21.964$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran diferencias en función del género en las personas infértiles en afecto negativo y desajuste emocional, siendo las mujeres las que presentan niveles significativamente superiores a los hombres, que solamente puntúan superior en afecto positivo. Este resultado estaría en la misma dirección de otros

estudios que encuentran que en parejas infértiles, las mujeres presentan niveles más elevados de ansiedad, desajuste emocional y afecto negativo (Oddens et al. 1999; Castro, Borrás, Pérez-Pareja & Palmer, 2001; Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard & Van der Spuy, 2005; Verhaak et al. 2007; Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín, García-Fernández & Urries, 2008; Moreno-Rosset & Martín, 2008).

Al analizar los resultados por separado para cada género, se observa que en los varones, cuanto mayor es el afecto positivo menor es el afecto negativo. Por el contrario, en las mujeres cuanto mayor es el afecto positivo menor es el negativo y el desajuste emocional así como, mayores los recursos interpersonales y adaptativos. Estos resultados están en consonancia con otros que sostienen que los hombres mantienen mejores niveles de equilibrio emocional que las mujeres, sin que se detecten diferencias en el nivel de bienestar emocional entre hombres en tratamiento de inseminación y quienes

están esperando un hijo (Dhillon, Cumming & Cumming, 2000). Otros estudios no sistematizados, han constatado como el fomentar emociones positivas en varones infértiles ha favorecido procesos de fecundación artificial (Benedek, Ham, Robbins & Rubenstein, 1953). Sería importante esclarecer hasta qué punto esto no es producto de la mayor dificultad de algunos varones infértiles para expresarse emocionalmente (Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl & Liedtke, 2001).

Finalmente, los hallazgos de este estudio en cuanto a que el afecto positivo en las mujeres es predictivo de un menor afecto negativo, menor desajuste emocional y mayores recursos interpersonales y adaptativos, ofrece una información relevante en cuanto a la orientación terapéutica adecuada en los casos de infertilidad. Cómo se ha podido comprobar en la literatura citada anteriormente el afecto negativo y el desajuste emocional están muchas veces comprometidos en los intentos fallidos de reproducción artificial (Pook et al. 2000; Eskioçak et al., 2005), y a la luz de los resultados de este estudio nos podemos preguntar si al fomentar el afecto positivo dada su relación con las variables de malestar, pueden aumentar las tasas de éxito de los tratamientos reproductivos. No hay que olvidar investigaciones que muestran como el afecto positivo estaba relacionado con un menor riesgo a no tener ningún nacimiento no vivo (Klonoff-Cohen et al. 2001). Dada la larga tradición en psicología en el estudio de variables negativas pueden ser necesarias nuevas investigaciones en las que se analice la infertilidad y su relación con variables positivas que no sólo ayuden a afrontar con mayor bienestar los tratamientos, sino que puedan suponer una inestimable ayuda al éxito de éstos. Lo que constataría la conveniencia de potenciar fortalezas y comportamientos que aumenten la calidad de vida y el bienestar de estas parejas, y muy especialmente aquellos aspectos relacionados con los recursos interpersonales que han demostrado en el presente estudio tener una estrecha relación con el afecto positivo, confirmándose lo que Fernández-Abascal (2009) afirma en relación a que la principal fuente de afecto positivo son las relaciones que mantenemos con otros, ejerciendo un efecto bidireccional.

Diversos estudios han encontrado cómo los recursos interpersonales facilitan la adaptación a la enfermedad ejerciendo un papel protector ante las circunstancias estresantes (Carver, Pozo-Kaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Clark, 1993; Scheier & Carver, 1997; Maddi & Hightower, 1999; Maddi, 2006). Otros confirman una relación entre el apoyo social, el afecto positivo y un gran nivel de bienestar (Greenglass & Fiksenbaum, 2009). Es un hecho contrastado la importancia de las relaciones interpersonales en el ajuste y acomodación a la enfermedad (Barrón, 1996; Östberg & Lennartsson 2007).

Este trabajo puede ser objeto de mejoras que ampliarían la información contenida en el mismo, los resultados obtenidos debemos observarlos con cautela al no haber tenido en cuenta el momento del tratamiento en el que estaba cada pareja, como en otros estudios en el área de la infertilidad (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009) el acceso a una muestra amplia es complicado. Respecto a las

limitaciones de la presente investigación, hemos de indicar que, como ocurre con la mayor parte de los estudios sobre este tema, las muestras utilizadas están compuestas por parejas que aceptan someterse a las técnicas de reproducción asistida, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a aquellos sujetos con problemas de infertilidad que optan por no someterse a estos tratamientos (Newton, Sherrard, y Glavac, 1999). Es precisamente el estudio de estos sujetos lo que nos permitiría diferenciar los efectos de la infertilidad de los generados por las técnicas de reproducción asistida (Berg, 1994).

A partir de este trabajo quedan abiertas varias líneas de investigación que pueden ser abordadas en un futuro, entre otras puede investigarse como apuntábamos anteriormente el nivel de estas mismas variables en diferentes momentos del tratamiento, también sería interesante analizar el efecto de las mismas en las variables biológicas implicadas en el resultado de las técnicas de reproducción asistida, es decir en el logro o no logro del embarazo.

Por otro lado se necesita seguir buscando recursos y emociones positivas que ayuden a las personas con problemas de fertilidad. Habrá que analizar con qué recursos personales e interpersonales cuentan las parejas que puedan ayudarles a superar la dificultad que tengan en identificar y expresar sus emociones favoreciéndoles el descargar la tensión que conlleva la infertilidad. Como se ha comprobado visto en cada género las interacciones entre los recursos y el afecto son diferentes, por lo que las recomendaciones a cada uno también podrán variar. De hecho, la relación entre las distintas variables objeto de este estudio según el género difieren notablemente, lo que puede ir aclarando la diferente vivencia que supone la infertilidad en cada miembro de la pareja, por ello hay que seguir investigando con el propósito de poder diseñar un tratamiento psicológico, no solo específico para la infertilidad, sino con la consiguiente adaptación al género del sujeto al que va dirigido pues como ya hemos podido comprobar los correlatos psicológicos en ambos géneros pueden presentarse de forma diferente (Del Castillo et al. 2008), por lo que aquello que funcione a nivel terapéutico con el hombre no tiene por que hacerlo con la mujer, y viceversa. Hasta la fecha la mayor parte de las investigaciones se referían al miembro femenino de la pareja que como seguimos constatando es quien experimenta un mayor malestar, perdiendo a veces de vista la inestimable ayuda que puede suponer la mejor adaptación que presenta el hombre como herramienta para el soporte y ánimo de la parte más lastimada de los dos. La pareja muchas veces vive estas diferencias de afrontamiento con malestar y falta de entendimiento, podemos desde la psicología ayudarles a verlo como una fortaleza propia de la pareja.

## CONCLUSIONES

En parejas infértiles se constata que la vivencia afectiva y emocional es distinta, por ello hay que seguir investigando con el propósito de diseñar programas de apoyo y tratamiento psicológico que tengan en cuenta estas diferencias y que promuevan los afectos positivos en ambos miembros de la pareja, así como los recursos adaptativos, en especial los

relativos al apoyo social o interpersonales. Promover habilidades sociales y fomentar los comportamientos que aumenten la calidad de vida son objetivos que la Psicología positiva apoya a favor de la prevención de los trastornos emocionales, por lo que fomentar las emociones positivas y el ajuste emocional son objetivos que deben ser incorporados en los programas de consejo, apoyo e intervención psicológicos. En base a estas premisas recientemente se han publicado guías prácticas de intervención psicológica dirigidas a los profesionales de la psicología y materiales de autoayuda para las parejas infértiles (Moreno-Rosset, 2009a, 2009b). Por supuesto, es preciso una mayor investigación en este campo todavía incipiente en la Psicología de la Reproducción, en el que la aplicación de la Psicología positiva puede prevenir el desarrollo de posibles trastornos psicopatológicos derivados del proceso estresante y de la sobrecarga crónica emocional que suelen mantener durante largo tiempo las parejas infértiles que acuden a la reproducción asistida. Como indica Vázquez (2008) refiriéndose a las intervenciones clínicas basadas en la Psicología positiva, estas tareas han de ser abordadas como una empresa de envergadura en la conquista de un espacio psicológico y social mejor para todos.

## REFERENCIAS

- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L. & Battista, G. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization; exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14 (2), 3126-3132.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Benedek, T., Ham, G.C., Robbins, F.P. & Rubenstein, B.B. (1953). Some Emotional Factors in Infertility. *Psychosomatic Medicine* 15 (5), 485-499.
- Berg, B.J. (1994). A researcher's guide to investigating the psychological sequelae of infertility: methodological considerations. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15 (3), 147-156.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psychooncology*, 10 (1), 1-18.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1993). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73 (4), 1213-1220.
- Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, F.J. & Palmer, A.L. (2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 283-291.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G. & Liedtke, R. (2001). Alexitimia in male infertility. *Human Reproduction*, 16 (3), 587-592.
- Del Castillo, M., Moreno Rosset, C., Martín, M. D., García-Fernández, E. & Urries, A. (2008). *Evaluación de afectos y emociones en parejas infértiles*. Comunicación presentada al VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS). Benidorm (Alicante).
- Dhillon, R., Cumming, CE. & Cumming, DC. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74 (4), 702-706.
- Durning, P.E. & Williams, R.S. (2004). Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 82 (Supplement 2), S101 - S101.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., Lombard, C.J. & van der Spuy, Z.M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20 (7), 1938-1943.
- Eskiocak, S., Gozen, A.S., Yapar, S.B., Tavas, F., Kilie, A. & Eskiocak, M. (2005). Glutathione and free sulphhydryl content of seminal plasma in healthy medical students during and after exam stress. *Human Reproduction*, 20 (9), 2595-6000.
- Fernández-Abascal, E.G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.) *Emociones positivas* (pp. 27-46). Madrid: Ed. Pirámide.
- Greenglass, E.R. & Fiksenbaum L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*, 14 (1), 29-39.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45 (11), 1679-1704.
- Hendrick, V., Gitlin, M., Altshuler, L. & Korenman, S. (2000). Antidepressant medications, mood and male infertility. *Psychoneuroendocrinology*, 25 (1), 37-51.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA". Una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 176-185.
- Klonoff-Cohen, H. Chu, E., Natarajan, L. & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76 (4), 675 - 687.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness. The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3), 160-168.
- Maddi, S. R. & Hightower, M. (1999). Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consulting Psychology Journal*, 51 (2), 95-105.

- Moreno-Rosset, C. (2009a). (Coord.) *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2009b). (Coord.) *Infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA-Ediciones 2007. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Jenaro, C. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21 (1), 118-123.
- Moreno-Rosset, C. & Martín, M.D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 15 (1), 97-109.
- Newton, C.R., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 72 (1), 54-62.
- Olshansky, E. (1996). *The reproductive years*. In J. Lewis, J. Bernstein & A. Paul-Simon (Eds.), *Women Across the Life Cycle*. Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Östberg, V. & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: the importance of support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35 (2), 197-204.
- Ozkan, M. & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and experimental obstetrics and gynecology*, 33 (1), 44-46.
- Pook, M., Krause, W. & Rohrie, B. (2000). A validation study on the negative association between an active coping style and sperm concentration. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 18 (3), 249.
- Pook, M. & Krause, W. (2005a). Stress reduction in male infertility patients: A randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 83 (1), 68-73.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H. & Skaggs, G.E. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85 (3), 802-804.
- Rodríguez-Marin, J., Terol, M.C, Lopez-Roig, S. & Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (2), 59-84.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55 (2), 169-210.
- Schmidt, L., Thomsen, T., Boivin, J. & Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59 (3), 252-262.
- Sheiner, E.K., Sheiner, E., Carel, R., Potashnik, G. & Shoham-Vardi, I. (2002). Potential association between male infertility and occupational psychological stress. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 44 (1), 1093.
- Stacy, L. (2004). His job may affect baby-making. *Prevention*, 56 (1), 101-101.
- Vázquez, C. (2008). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 401-432.
- Verhaak, C. M. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (8), 2253-2260.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., Evers, A.W., Kremer, J.A., Kraaijmaat, F.W. & Braat, D.D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13 (1), 27-36.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Witkin, G. (1995). *El estrés de la mujer*. Barcelona: Grijalbo.



## Diez referencias destacadas de: Psicología Positiva

Javier López-Cepero Borrego<sup>1</sup>, Eduardo Fernández Jiménez<sup>1</sup>  
y Cristina Senín Calderón<sup>1</sup>

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología.  
Universidad de Sevilla (España)

Recibido: 5 de noviembre de 2009

Aceptado: 4 de diciembre de 2009

### INTRODUCCIÓN

El enfoque de la Psicología Positiva ha generado un interés que no ha dejado de ascender año tras año desde que se acuñó dicha etiqueta. Este hecho puede objetivarse mediante las publicaciones registradas en torno a dicho concepto clave en la base de datos de PsycINFO (mantenida por la *American Psychological Association* [APA]). En la figura 1 se muestra el recuento de artículos de revista y capítulos de libro que contuvieron, en los últimos años, el término *positive psychology* en el campo *keyword*.

Obviando el aparente descenso en el número de artículos durante 2009, provocado por la latencia en la actualización del catálogo, se pone de manifiesto la creciente atención dirigida hacia esta perspectiva en la comunidad científica.

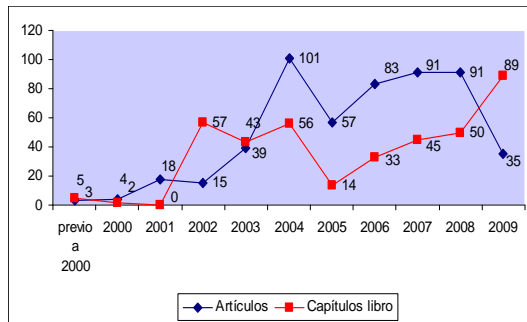


Figura 1. Publicaciones que contuvieron *Positive Psychology* como *keyword* en *PsycINFO*

De un modo similar a la mayoría de avances científicos de nuestra área, la aparición de manuales comprensivos en español ha sido tardía, en comparación con los países anglófonos. En 2006, Vera realizó una revisión bibliográfica en la que reflejó dicha deficiencia.

Hoy, tres años después, podemos confirmar que España ha comenzado a superar estas carencias: con la publicación de números monográficos en las revistas *Papeles del Psicólogo* (2006) y *Clínica y*

*Salud* (2006), de los cuales se ha extraído parte de la bibliografía utilizada; con la traducción de manuales como el de Carr en 2007; y con la publicación de manuales nacionales (como el de Vázquez y Hervás, 2008). El propio *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* ha recogido también aportaciones afines, como la revisión realizada por Romero (2008) acerca de la *inteligencia emocional*, y de Vázquez (2005) acerca de la *resiliencia* después de los ataques terroristas del 11S y 11M.

Si bien el objeto de estudio de la Psicología Positiva subyacía previo a la aparición de tal etiqueta, su uso como término es relativamente reciente, y por lo tanto, es pronto para poder nombrar una definición consensuada. No obstante, la proliferación de gran cantidad de escuelas y corrientes de pensamiento que se autodesignan como tal dentro del área de la Psicología científica hace obligatorio determinar con exactitud qué es, y sobre todo, qué no es la Psicología Positiva. En el Tesoro de PsycINFO encontramos una propuesta, añadida en 2003, que resalta el factor común a todas las definiciones que podemos encontrar en la literatura:

*Psicología Positiva: aproximación a la Psicología que enfatiza el optimismo y el funcionamiento humano positivo en lugar de centrarse en la psicopatología y disfunción* (Traducción de los autores, accedido en octubre de 2009).

Así pues, la Psicología Positiva propone un enfoque diferente para guiar el trabajo con cuestiones clásicas ya abordadas, por ejemplo, desde la Psicología Humanista. Los principales autores del área, tanto nacionales como internacionales (Seligman, Peterson, Csikszentmihalyi, Avia, Vázquez, Hervás..., algunas de cuyas obras serán citadas en la presente revisión) han señalado como principal este cambio epistemológico, consistente en dotar de protagonismo a las emociones positivas, fortalezas y prevención, frente a la visión más tradicional de la Psicología como una ciencia centrada en la inadaptación, debilidad y enfermedad.

Por otra parte, la exigencia y rigurosidad metodológica son idénticas a las de otras perspectivas de investigación en Psicología (a través de esfuerzos empíricos tanto cuantitativos como cualitativos), característica que la distingue de ser una propuesta

filosófica (Avia, 2006). A pesar de haber adoptado términos que pueden llevar a confusión (como *felicidad, optimismo, humor...*), de gran arraigo en el campo de la filosofía y la religión, la Psicología Positiva se diferencia de éstas por apoyarse en la investigación rigurosa y circunscribirse al ámbito profesional y científico, lejos de cualquier dogmatismo (Vera, 2006).

Los tópicos englobados por la Psicología Positiva son muy variados, y por la juventud de su etiqueta, puede resultar difícil enumerar todos los objetos de interés. Una perspectiva posible para sistematizarlos la encontramos en varios textos de Seligman (2000, 2006), que los clasifica en función del tiempo en que se centra la cognición (pasado, presente, futuro). Así, encontramos conceptos referentes a operaciones y elaboraciones realizadas por las personas en torno a vivencias pasadas (como gratitud, resistencia y crecimiento postraumático, satisfacción, realización personal y orgullo), al presente (como felicidad, elevación, fluidez...) y unas últimas que se focalizarían en un plano futuro (como el optimismo y la esperanza). Por otra parte, utilizando otro eje de sistematización sobre este enfoque programático se observa que, si bien la mayoría de los constructos anteriores apelan a vivencias psicológicas circunscritas a experiencias vitales concretas (variables de *estado*), desde la Psicología Positiva se enfatizan una serie de constructos disposicionales (variables de *rasgo*) compartidos transculturalmente, como son las virtudes y fortalezas del carácter.

Sin embargo, clasificar con exactitud las aportaciones pertenecientes a la Psicología Positiva puede resultar complejo. Por una parte, encontramos textos que cubren las características comentadas pero sin anexarse la etiqueta correspondiente; como es de esperar, los pioneros del enfoque comenzaron a trabajar desde esta perspectiva antes de que fuera bautizada de esta forma (como ejemplos, Goleman, 1995; Csikszentmihalyi, 1990). Y en segundo lugar, en manuales y guías centradas en la práctica profesional, estas señas de identidad pueden aparecer implícitas, pero sin una introducción conceptual que manifieste con claridad su adhesión a esta forma de trabajo. Así, citando un ejemplo a nivel nacional, encontramos aportaciones como las de Moreno en el campo de la infertilidad (2009), que integra el trabajo con el optimismo y la felicidad en su propuesta de intervención.

En el presente texto se presentan diez referencias, seleccionadas por su relevancia, que pueden resultar de interés para realizar una primera aproximación al conocimiento englobado bajo el término Psicología Positiva. En un primer bloque, se presentan dos textos que pueden servir como introducción generalista: el reciente manual de Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás (2008), escrito en español, y el artículo introductorio que Seligman y Csikszentmihalyi prepararon para el monográfico del *American Psychologist* en el año 2000. En un segundo bloque, se han reunido cuatro textos monográficos acerca de algunos de los principales tópicos en Psicología Positiva: la felicidad, la fluidez, el optimismo, la esperanza y la resiliencia. Y para concluir, fueron revisados cuatro textos referidos a evaluación e intervención en Psicología Positiva: un

artículo sobre la creación del instrumento de evaluación más utilizado a día de hoy (el *Virtues In Action* o VIA-IS, de Seligman, Park y Peterson, 2004), un estudio transcultural en el que participaron más de 100.000 personas, una experiencia de psicoterapia positiva en el espectro depresivo, y un manual de intervención preventiva comunitaria. Con esta selección, y aún siendo conscientes de que una panorámica no resulta nunca exhaustiva, esperamos ofrecer una visión razonable del estado actual de la Psicología Positiva.

### **Bloque 1. Textos introductorios a la Psicología Positiva.**

#### **Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: DDB.**

Resumir las aportaciones de este manual excede con creces el tamaño del presente texto; sin embargo, queremos resaltar que esta obra sirve como indicador de que las publicaciones en español acerca de la Psicología Positiva han superado el déficit apuntado por Vera (2006).

Dado que la mayor parte del libro está dedicado a la intervención, resulta interesante que los autores comiencen el mismo explorando las teorías propuestas para explicar el cambio y los límites del mismo, actualizando un texto previo (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). En consonancia con el objetivo de dotar del máximo rigor científico la investigación en Psicología Clínica, los autores discuten dos aportaciones empíricas.

La primera de ellas hace referencia al concepto de *adaptación hedónica*, propuesto por Diener, Lucas y Scollon (2006). Estos autores realizan un estudio de seguimiento en el que recopilan información sobre los niveles de bienestar vital de los participantes, varios años antes y después de atravesar determinados sucesos positivos (vg. matrimonio) o negativos (vg. viudedad). Su principal conclusión es que, con el transcurso del tiempo, las personas retornan a niveles de bienestar similares al inicial. Este estudio apoya la idea de que el nivel de bienestar es, al menos parcialmente, estable en el tiempo, posiblemente por cuestiones biológicas. A este nivel basal se lo denomina *set-point*. La segunda investigación relativiza el peso de dicho *set-point*, aportando una extensa revisión de evidencias sobre su estabilidad o cambio. La estimación propuesta plantea que sobre el bienestar influyen, el nivel basal en un 50%, las circunstancias vitales en un 10% y las actividades voluntarias, y por lo tanto, modificables, en un 40% (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). De este modo, los autores concluyen que la mejora del nivel de bienestar, si bien está limitada por factores biológicos, es posible y está bien documentada.

Los capítulos restantes se organizan en torno a las posibilidades de intervención desde la Psicología Positiva (clínica, comunitaria y educativa) y sobre contextos específicos (con personas mayores y organizaciones), algo que lo convierte en una guía para la intervención y lo hace especialmente atractivo para profesionales que buscan un primer contacto con el área.

#### **Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. *American***

**Psychologist, 55, 5–14.**

Este texto constituye una introducción perteneciente al número 1 del volumen 55 de la revista *American Psychologist*, el cual aborda el enfoque de la Psicología Positiva con carácter monográfico a través de quince artículos.

En éste se presenta la Psicología Positiva como un renovado énfasis en torno a un objeto de estudio ya abordado en nuestra disciplina en el pasado, a fin de desplazar el foco de atención de los aspectos psicopatológicos enmarcados en el modelo del déficit hacia el estudio de las fortalezas y virtudes del ser humano, así como acerca de los factores que promueven la realización personal y la prosperidad en el ámbito comunitario.

El texto introduce los posteriores artículos organizándolos en tres ejes temáticos. En la primera parte se dibuja una perspectiva evolucionista en la que se señala la influencia de los *genes* (condicionantes filogenéticos) y de los *memes* (condicionantes socio-culturales) en el desarrollo ontogenético de las personas, como sustrato que permitirá vivenciar experiencias *positivas*. En la segunda parte, se describen cuatro rasgos personales positivos como son los siguientes: el *bienestar subjetivo*, resultante de una evaluación cognitivo-afectiva de la propia existencia; el *optimismo*, como constructo disposicional que incluye aspectos cognitivos, afectivos y motivacionales, y que también es influido por factores contextuales socio-culturales; la *felicidad*, en torno a la cual el autor propone tres factores promotores de la misma como son la fe religiosa, un determinado nivel de ingresos económicos y unas buenas relaciones interpersonales; y la *autodeterminación*, como constructo en el que confluyen las necesidades personales de competencia, autonomía y pertenencia. En el grupo final de artículos, se abordan características de excelencia en las personas como son la *sabiduría*, las *habilidades intelectuales excepcionales* en la infancia, la *creatividad* y el *talento*.

Por último, se enumera una serie de retos relevantes que la Psicología Positiva debe enfatizar en la investigación futura: adoptar una perspectiva evolutiva para el estudio de todas estas características positivas; profundizar en los aspectos neurocientíficos y comunitarios de este enfoque; y discernir los mecanismos a través de los cuales los recursos positivos de las personas amortiguan y previenen el desarrollo de los problemas psicopatológicos.

**Bloque 2. Tópicos de Psicología Positiva.**

**Seligman, M.E.P. (2006): La Auténtica Felicidad. (1ª Reimpresión). Barcelona: Vergara.**

Esta obra gira en torno al concepto de *felicidad (happiness)*, uno de los principales objetos de estudio para la Psicología Positiva. Seligman ofrece una panorámica al respecto, realizando una mixtura de datos provenientes de la investigación con pasajes extraídos de su experiencia personal, especialmente relevante por su papel como pionero durante su presidencia de la *American Psychological Association* estadounidense.

Divide su libro en tres partes. La primera de ellas se dedica a repasar distintos aspectos de la

emoción positiva, desde el punto de vista evolutivo y actual. Los constructos tales como *optimismo*, *resiliencia*, *felicidad*... pueden jugar un papel importante en la supervivencia, ya que modifican la probabilidad de éxito ante retos de importancia. De este modo, son características perpetuadas por selección natural. No obstante, señala Seligman, la *felicidad* o *eudamónia* puede entenderse como el resultado de una función en la que se combinan términos heredados, más estables, y cuestiones afectadas por las acciones voluntarias, y por lo tanto, modificables. Así, la emoción positiva puede estudiarse desde una perspectiva temporal personal, ya que mezcla la valoración del pasado, conducta presente y expectativas de futuro, todas ellas mejorables a través de cambios cognitivos.

Seligman realiza una reflexión acerca de las posibles confusiones que puede conllevar el uso del término *felicidad*. Así, separa los *placeres*, inmediatos y pasajeros, de las *gratificaciones*, que permiten alcanzar la *eudamónia* o *auténtica felicidad*. A pesar de la etiqueta elegida, lo cierto es que la felicidad no depende tanto del disfrute como del compromiso con la actividad, el embelesamiento o la concentración. De este modo, la gratificación no siempre es placentera, y cita como ejemplo la terminación de un proyecto en el que se ha invertido una gran cantidad de trabajo. Parte de esta explicación se sustenta sobre el término *fluidez (flow)*, desarrollado por Csikszentmihalyi (1990), y que es analizado más abajo en este mismo texto.

La segunda parte del libro ofrece una visión general sobre las principales fortalezas, resumiendo la clasificación desarrollada junto a Peterson en 2004 (ver el artículo comentado de Seligman, Park y Peterson, 2004, en este mismo texto), y dedica el último tercio del mismo a realizar un análisis de las fortalezas en situaciones cotidianas, como el contexto laboral, la vida en pareja o la crianza de los hijos.

**Csikszentmihalyi, M. (2008). El flujo. En E.G. Fernández (Coord.), Emociones Positivas (pp. 181-193). Madrid: Pirámide.**

En el reciente libro coordinado por Enrique Fernández Abascal acerca de las *emociones positivas*, se incluye un capítulo sobre la *fluidez* escrito por Mihaly Csikszentmihalyi. Este texto, es una versión actual y resumida de su *best-seller* “*Flow: The psychology of optimal experience*” publicado en 1990.

Csikszentmihalyi aporta el término de *fluidez*, flujo o *fluencia (flow)*, para referirse a una experiencia subjetiva que ocurre cuando la persona está involucrada en una actividad con una intensa implicación, hasta el punto de no darse cuenta del tiempo, el cansancio experimentado y de lo que le rodea. La actividad en sí misma resulta satisfactoria y la persona se preocupa poco de lo que va a obtener de ella. Durante dicha actividad, se experimenta una sensación de control sobre lo que estamos haciendo y los recursos atencionales están completamente implicados en la tarea, excluyéndose los sentimientos y pensamientos negativos.

Para que ocurra el flujo, la actividad debe tener un sistema de metas para direccionar y dar propósito al comportamiento, darse una información

retroactiva inmediata acerca de la corrección con la que se está progresando en la tarea, establecer un balance entre los retos percibidos y las habilidades percibidas, para así evitar el aburrimiento o la ansiedad, entre otras sensaciones. La experiencia de flujo aparece a raíz de la interacción entre una *habilidad alta* y un *reto de relieve*; en este estado se potencia la concentración y la autoestima.

Los resultados de los estudios sobre el flujo indican que éste es una fuerza motivadora poderosa. Durante la experiencia de flujo funciona la motivación intrínseca. Este estado ocurre en las personas cuando están involucradas y muestran interés por la actividad que están realizando por el mero hecho de hacerla, sin esperar necesariamente una recompensa externa a cambio, de manera que la misma se convierte tanto en el medio como en el fin. Por otra parte, también está implicada la motivación emergente (o imprevisible *a priori*) que ocurre cuando en una actividad nueva, o que previamente nos había resultado poco atractiva, se descubren nuevas metas como consecuencia de la interacción con el ambiente.

Para concluir el capítulo, Csikszentmihalyi habla sobre la cultura, donde defiende el papel que en ella desarrolla el flujo, y la importancia de que la sociedad proporcione experiencias de flujo en actividades productivas. En caso contrario, las personas buscarán el flujo en actividades disruptivas, poco provechosas y, consecuentemente, perturbadoras.

**Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28.**

Este artículo supone una referencia muy completa y obligada para el estudio de la resiliencia ante la pérdida y otros eventos potencialmente traumáticos. Se plantea inicialmente la diferencia entre *recuperación (recovery)* y *resiliencia*. La primera hace referencia al proceso por el que el funcionamiento normal de la persona da paso de forma temporal a una psicopatología umbral o subumbral para, después de varios meses, volver gradualmente a un nivel pre-evento. La resiliencia, por el contrario, se refleja en la capacidad para mantener un nivel de funcionamiento psicológico y físico estable y saludable tras la ocurrencia de un suceso estresante o traumático. Esta distinción es importante, pues muchos teóricos del trauma consideran que las personas que no muestran *distress* ante pérdidas o eventos traumáticos reaccionan de una forma patológica, cuando en realidad estas personas pueden haber superado dicho trauma poniendo en marcha un proceso de ajuste adaptativo, saludable y positivo.

Durante un tiempo se ha sometido a intervención psicológica a todos aquellos individuos que pasaron por una situación traumática bajo esta premisa. De este modo, se creó el *debriefing* como intervención terapéutica: una estrategia preventiva breve y temprana que se aplica tras un evento traumático con el objetivo de facilitar evocar y hablar acerca de lo acontecido. La aplicación de esta modalidad de intervención ha sido muy criticada, puesto que puede patologizar las reacciones normales

a la adversidad y minar los procesos de resiliencia natural. Para evitar este suceso, se propone hacer una selección de individuos que posean factores de riesgo para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) crónico, pues serían los que más se beneficiarían de este tipo de intervención.

Al final del artículo se exponen algunos aspectos disposicionales o rasgos, relacionados con la capacidad para mostrar resiliencia, como son: la *dureza* o *personalidad resistente (hardiness)*, definida como un rasgo de personalidad que ayuda a amortiguar la exposición al estrés extremo; el *autoensalzamiento (self-enhancement)*, que se refiere a los sesgos demasiado positivos o excesivamente realistas a favor de uno mismo; la *represión como afrontamiento (repression coping)*, consistente en un mecanismo de defensa en el que se evitan pensamientos, emociones y recuerdos desagradables (como, por ejemplo, la disociación emocional); y por último, las *emociones positivas* y la *risa*.

**Carr, A. (2007). Esperanza y optimismo. En A. Carr, *Psicología Positiva: la ciencia de la felicidad* (pp. 109-144). Barcelona: Paidós.**

Se trata de un capítulo del libro del propio Alan Carr publicado en 2004 (traducido al castellano en 2007). Es un libro muy completo, recomendable para introducirse en el campo de la Psicología Positiva. En este capítulo se abordan algunas de las tradiciones de investigación sobre cómo y por qué las personas adoptan una visión positiva del mundo.

El optimismo se presenta desde dos vertientes. Desde la primera, se define como un rasgo de personalidad caracterizado por unas expectativas personales con un balance positivo. Desde el segundo enfoque se conceptualiza como estilo atribucional; así, mientras que las personas optimistas tienden a atribuir las experiencias negativas a factores externos, transitorios y concretos, las personas pesimistas lo atribuyen a características internas, estables y generales. La esperanza, por su parte, se conforma de dos componentes básicos: planificación de vías para alcanzar objetivos deseados a pesar de las dificultades, y una motivación para seguir estas vías.

Otra aportación interesante es el concepto de *expectantismo*, derivado de la *teoría de la homeostasis del riesgo* de Wilde, la cual se presenta en el mismo capítulo. El expectantismo hace referencia a las estrategias preventivas de daños y perjuicios que las personas implementan en función del valor que le concedan a su futuro. Estas estrategias inciden sobre el estilo de vida, y con ello, modifican la probabilidad de sufrir accidentes y enfermedades, o asumir conductas de riesgo.

Uno de los factores que promueven la puesta en marcha de estas estrategias es la anticipación de *incentivos* (frente a la mera recompensa inmediata), ya que esta gratificación venidera contribuye a incrementar el valor subjetivo del futuro, y con ello, pueden modificar el umbral de riesgo asumido por la persona. Esta idea es de especial interés para el ámbito de la prevención de riesgos laborales, accidentes, etc.

Como conclusiones, se argumenta que las personas optimistas y esperanzadas viven más años, gozan de un mejor estado de salud mental y físico, se recuperan más rápidamente tras las enfermedades o

intervenciones quirúrgicas, son perseverantes ante los retos y son más competentes en su trabajo y en los deportes.

### Bloque 3. Evaluación e intervención en Psicología Positiva.

**Seligman, M.E.P., Park, N. y Peterson, C. (2004). The Values In Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia*, 27, 63-78.**

En este artículo los autores nos presentan dos tópicos: el primero, las normas mediante las cuales se pueden clasificar las virtudes y fortalezas; y el segundo, el instrumento desarrollado para su evaluación.

Los autores presentan las diferencias entre *virtudes (virtues)* y *fortalezas (strengths)*. Las primeras son características personales generales, que han sido destacadas por distintas culturas a lo largo de la historia: *sabiduría (wisdom)*, *valor (courage)*, *humanidad (humanity)*, *justicia (justice)*, *templanza (temperance)* y *trascendencia (transcendence)*; por otra parte, las fortalezas son los procesos psicológicos que permiten desarrollar estas virtudes. Así pues, mientras las virtudes se localizan en un plano abstracto y filosófico, las fortalezas son mucho más concretas, susceptibles de ser modificadas y evaluadas (o si se prefiere, son más *operativas*). Otras características de las fortalezas son: ser valoradas por sí mismas, y no por los resultados que permiten alcanzar; estar promocionadas por el ámbito cultural, mediante ritos y costumbres; y no menoscabar a los demás, permitiendo vivir en comunidad de manera positiva.

La clasificación resultante ofrece un total de 24 fortalezas. Éstas fueron profundamente analizadas en un extenso texto previo, el *Character Strengths and Virtues* de Peterson y Seligman (2004), que ofrece una visión complementaria a los manuales de criterios diagnósticos como DSM y CIE.

La segunda parte del artículo presenta las bondades psicométricas del instrumento *Valores en Acción-Inventario de Fortalezas (VIA-IS)*, un instrumento autoadministrado de 240 ítems (10 para cada fortaleza) a responder seleccionando el grado de acuerdo con los enunciados en una escala de tipo Likert de cinco niveles. La versión original fue testada con una muestra superior a 100.000 sujetos angloparlantes, ofreciendo un valor de coherencia interna  $\alpha$  superior a 0.70 en todas las escalas, y una fiabilidad test-retest tras cuatro meses superior al 0.70.

Los autores responden a las críticas recibidas acerca de la posible influencia de la discapacidad social en este auto-informe administrando, en sus estudios, el instrumento desarrollado por Crowne y Marlow para tal efecto. Sólo se encontró correlación significativa entre discapacidad y dos de las 24 fortalezas, algo que coloca al VIA-IS dentro de los estándares utilizados para evaluar como adecuado un instrumento, en opinión de los autores. El VIA ha sido traducido al español, encontrándose disponible en la dirección [www.authentic happiness.com](http://www.authentic happiness.com).

**Park, N., Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2006).**

**Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *Journal of Positive Psychology*, 1, 118-129.**

Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de las fortalezas del carácter en los cincuenta estados federales de los Estados Unidos de América y en otros cincuenta y cuatro países del mundo.

Con respecto a la muestra del estudio, en el análisis de resultados se incluyeron 117.676 participantes adultos que respondieron una vez al autoinforme VIA-IS a través del portal [www.authentic happiness.com](http://www.authentic happiness.com). Un 71% fueron estadounidenses, y el 29% restante perteneció a otros países en que se registraron un mínimo de veinte participantes.

Los resultados de la investigación señalan una alta similitud en cuanto a la jerarquía de las fortalezas del carácter entre los diferentes estados de los Estados Unidos, con diferencias sólo en religiosidad. También se halló un perfil parecido en el resto de países participantes. En concreto, las fortalezas más autodescritas en los Estados Unidos de América fueron amabilidad, justicia, honestidad, gratitud y juicio, siendo las menos suscritas la prudencia, la modestia y la auto-regulación (todas ellas aparecen definidas en el artículo que aquí comentamos).

Estos resultados apuntan a características comunes compartidas universalmente entre las personas, denotando la existencia de unos valores morales mínimamente necesarios para la viabilidad del funcionamiento social. Asimismo, en el texto se discute en torno a la generalización de estos hallazgos.

**Seligman, M.E.P., Rashid, T. y Parks, A.C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.**

Frente a los tratamientos psicoterapéuticos centrados exclusivamente en torno a la sintomatología y malestar asociado, se propone una *Psicoterapia Positiva* que se ejemplifica con dos intervenciones clínicas en el espectro depresivo, en las cuales se potencian las emociones positivas, el *compromiso (engagement)* de los pacientes en actividades (como el trabajo, ocio y relaciones íntimas) y una *vida significativa (meaningful life)* a través de su implicación en objetivos supraindividuales (ya sean familiares, religiosos, políticos y/o comunitarios). En definitiva, se pretende re-educar los sesgos cognitivo-emocionales centrados en aspectos negativos que suelen estar magnificados en el espectro depresivo. En este sentido, las emociones positivas desligan a las personas de un estilo rumiativo negativo y el énfasis en el uso de las propias fortalezas les embarcan en proyectos de compromiso y de sentido vital.

En el primer estudio, participó una muestra de estudiantes jóvenes adultos con sintomatología depresiva leve-moderada y un grupo control que no recibió tratamiento. El proceso terapéutico fue grupal prescribiéndose las siguientes seis actividades: identificar las cinco fortalezas más importantes de los participantes y pensar en formas de mayor aplicación cotidiana; redactar las tres cosas positivas que ocurrieron cada día y pensar acerca de por qué

ocurrieron; redactar brevemente cómo te gustaría ser recordado si hubieras fallecido tras toda una vida satisfactoria; leer una carta de gratitud a alguien al que aún no se le ha mostrado lo agradecido que se está; responder diariamente de una forma entusiasta cuando otros nos comuniquen buenas noticias; y disfrutar tranquilamente de hábitos que se suelen hacer con prisa, escribiendo posteriormente cómo se vivieron con respecto a cuando son practicados precipitadamente. El grupo intervenido experimentó una substancial reducción sintomática hasta niveles de normalidad del estado anímico, lo cual se prolongó pasado un año tras la intervención terapéutica. Esto se acompañó de un aumento significativo en su satisfacción vital.

Respecto al segundo estudio, participaron pacientes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor que acudieron a un servicio de atención psicológica. Se diseñaron tres tipos de intervenciones individualizadas: un grupo fue adscrito al proceso de la Psicoterapia Positiva, en el cual también se abordaron aspectos psicopatológicos; otro grupo fue expuesto a una terapia al uso; y un tercer grupo fue sometido al proceso anterior más tratamiento psicofarmacológico. El primer grupo mostró una reducción sintomática significativa, así como mayores índices de remisión clínica y de felicidad comparados con los otros grupos.

**Fernández, L. y Gómez, J.A. (2007). La psicología preventiva en la intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.**

Obra reciente que, desde una perspectiva construccionista, contextualiza la prevención dentro de los ámbitos social y cultural. En opinión de los autores, no tiene sentido intentar separar individuo de ámbito comunitario, ya que ambos coexisten necesariamente.

La sociedad es un agente activo que influye en gran medida sobre cómo valoramos nuestra experiencia, y por lo tanto, juega un papel importante en la consecución del bienestar. No obstante, advierten la necesidad de romper con la idea del determinismo social, y resaltan que los individuos pueden iniciar cambios y transformar el sistema de creencias compartido en base al cual se interpreta la experiencia.

Los autores reflexionan sobre cómo los profesionales se enfrentan al reto de la prevención. En primer lugar, y de un modo análogo a otros autores nombrados, señalan la importancia de cambiar el foco de atención desde la reacción ante la adversidad hacia la promoción del bienestar; y en segundo lugar, frente a la visión actual, en la que los riesgos aparecen compartimentados dentro de distintas áreas (Medicina, Psicología, Ciencias de la Educación...), proponen una visión más integradora, en la que las distintas disciplinas se coordinen para dar lugar a una Ciencia de la Prevención con un cuerpo conceptual coherente.

Entre los conceptos que aparecen relacionados con la *resistencia* o *invulnerabilidad* de grupos sociales, los autores resaltan la *potenciación* o *empoderamiento* (*empowerment*) y el apoyo social. El primero de ellos hace referencia a la tendencia de personas y grupos a aprender a solucionar de manera positiva los retos que su entorno les presenta, y que

puede estudiarse como proceso (movilización de recursos y esfuerzo por ganar control sobre la propia situación) y como resultado (que influye sobre las expectativas de control). El apoyo social, por su parte, posee una bien documentada relación con la salud. Disponer de una red social que ofrezca relaciones seguras, un contexto donde intercambiar experiencias y que pueda ofrecer soporte emocional ante la adversidad son factores protectores, y ofrece beneficios sobre la salud de la población general (*hipótesis del efecto directo*). Esto los dota de utilidad más allá de los denominados *grupos de riesgo*.

La segunda mitad del libro está dedicada a la descripción de un programa de prevención de riesgos y promoción de la salud para adolescentes (*Construyendo Salud*), en el que se recorren los pasos necesarios para plantear, implementar y evaluar la intervención.

## CONCLUSIONES

La Psicología Positiva ha progresado de un modo muy claro en la última década, en la que diversas aportaciones de gran relevancia han encontrado en ella una etiqueta común que las agrupe y permita un crecimiento más ordenado.

Consideramos necesario resaltar en este espacio algunas de las ventajas teóricas y empíricas que la Psicología Positiva ofrece. En primer lugar, poner el énfasis en *fortalezas, virtudes, soluciones, crecimiento, desarrollo...* permite a investigadores y terapeutas una aproximación alternativa, una nueva lente para evaluar e intervenir en situaciones a las que la profesión les enfrenta. En segundo lugar, la adopción de una perspectiva dimensional permite una mayor flexibilidad en su descripción, frente al enfoque categorial que se ha empleado históricamente en los manuales diagnósticos más usados (actualmente, en sus versiones DSM-IV-TR y CIE-10). En este sentido, la Psicología Positiva podría servir de impulso definitivo para que la Psicopatología asuma dicho enfoque dimensional. Adoptándose este marco cuantitativo se plasman los fenómenos psicopatológicos en un continuum que conecta tanto a la población general como a la afectada por trastornos mentales, de manera que se rehúsa de representar las diferencias entre las personas en términos cualitativos, como si el que padeciese un cuadro psicopatológico fuera sumamente diferente a aquel que no lo padece (World Health Organization [WHO], 2008). Asimismo, puesto que esta perspectiva dimensional ofrece evaluaciones clínicas más flexibles y dinámicas, se abandonaría una categorización diagnóstica estática que ensombrece las fortalezas y recursos positivos que todo individuo posee; hasta el punto de apelar a los mismos como “personas que padecen esquizofrenia” o en su vertiente más aberrante, como “los esquizofrénicos”, con las implicaciones en la construcción de la identidad personal que ello supone.

Pero más allá de presupuestos epistemológicos, consideramos haber presentado ejemplos concretos de cómo la Psicología Positiva ha llevado a cabo esfuerzos de investigación serios para validar su propuesta mediante investigación. Así, el desarrollo de instrumentos de evaluación (como el

*Virtues In Action*, aplicado en media centena de países) y la puesta en marcha de programas psicoterapéuticos y de prevención comunitaria, evaluados con las mismas exigencias metodológicas que cumplen otras perspectivas de mayor tradición en Psicología, son los ejemplos más claros de la utilidad y el rigor al que se aspira. Por esta misma razón, se ha optado por reseñar la llamada a la cautela de Vázquez y Hervás, conscientes de que la nueva propuesta no es ninguna panacea.

La Psicología Positiva ha realizado una propuesta amplia y sólida que cuenta con apoyos tan importantes como el manual desarrollado por Peterson y Seligman en 2004, capaz de ofrecer una visión completa y operativa de conceptos disposicionales y transculturales. No obstante, la juventud de la perspectiva queda de manifiesto al contrastar algunas de las definiciones usadas para temas centrales, como los referentes a la felicidad o a la resiliencia (en alguna de sus variantes). La aparición de conceptos que acotan de manera diferente cuestiones muy próximas hace recomendable comenzar una labor de meta-análisis que permita reunir y comparar las diferentes perspectivas que han surgido para cada uno de estos tópicos.

En definitiva, la Psicología Positiva aparece como una alternativa real a otros enfoques clásicos de nuestra disciplina. El hecho de que las propuestas conceptuales se diversifiquen y dificulten encontrar definiciones consensuadas es signo, a la vez, de salud, ya que nos indica que la productividad sigue en aumento. Por supuesto, será necesario un debate terminológico apoyado en esfuerzos empíricos para dilucidar estas cuestiones, pero los autores que trabajan desde este enfoque han dedicado un gran esfuerzo a construir un cuerpo de conocimientos sólido. Y esto nos anima a pensar que, en los próximos años, puede continuar afianzando su reconocimiento y popularidad dentro del campo de la Psicología.

## REFERENCIAS

- Avia, M.D. (2006). La psicología positiva y la moda de la "soft psychology". *Clínica y Salud*, 17, 239-244.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Carr, A. (2007) *Psicología Positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper Collins.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *El flujo*. En Fernández Abascal, E. G. (Coord.), *Emociones Positivas* (pp.181-193). Madrid: Pirámide.
- Diener, E., Lucas, R.E. y Scollon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Fernández, L. y Gómez, J.A. (2007). La psicología preventiva en la intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does apiñes lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Moreno, M.C. (Coord.). (2009). *La infertilidad: ¿por qué a mí?* Madrid: Pirámide.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *Journal of Positive Psychology*, 1, 118-129.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification*. Washington DC: American Psychological Association.
- Romero, M.A. (2008). La Inteligencia Emocional: abordaje teórico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 73-76.
- Seligman, M.E.P. (2006): *La auténtica felicidad* (1ª Reimpresión). Barcelona: Vergara.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P., Park, N. y Peterson, C. (2004). The Values In Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia*, 27, 63-78.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. y Parks, A.C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 1, 9-25.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: DDB.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S.M.Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- World Health Organization, Europe (2008). *Stigma: A guidebook for action*. Edinburgh: Health Scotland.





## Estructura factorial, comorbilidad y prevalencia del síndrome empírico Problemas de Pensamiento en una muestra pediátrica.

Concepción López-Soler<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Visitación Fernández<sup>2</sup>, Maravillas Castro<sup>3</sup>,  
M<sup>a</sup> Vicenta Alcántara<sup>3</sup> y José Antonio López-Pina<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Profesora titular Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Vinculada Clínica Hospital Universitario.

<sup>2</sup>Profesora asociada, Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Murcia.

<sup>3</sup>Psicóloga. Universidad de Murcia.

<sup>4</sup>Profesor titular. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

### RESUMEN

**Objetivo:** Este trabajo presenta los resultados sobre prevalencia y comorbilidad de las alteraciones de pensamiento en una muestra clínica pediátrica. El objetivo es conocer la configuración empírica (estructura factorial), de los problemas de pensamiento en menores con problemas psicológicos. **Método:** Los menores (N=300, de 6 a 12 años), han sido remitidos por diferentes especialidades médicas, por presentar alteraciones psicológicas. El instrumento de evaluación empleado es una adaptación del Chile Behavior Checklist (CBCL), de 96 ítems. **Resultados:** De la factorización realizada se ha obtenido un síndrome empírico que coincide parcialmente con la factorización de Achenbach y Rescorla (2001). Se ha calculado el porcentaje de casos que se sitúan por encima del percentil 98 de la media más una y dos desviaciones típicas, tanto en el factor problemas de pensamiento de la factorización de Achenbach, como en la factorización pediátrica. Las prevalencias encontradas oscilan entre un 2.1% (pc 98) y un 24.5% (media + 1dt). En todos los casos el porcentaje de niños con problemas de pensamiento fue superior al de niñas. Además, el factor problemas de pensamiento presentó asociaciones elevadas con los factores: Disocial, Quejas Somáticas, Oposicionismo/Desafiante y Déficit de Atención/Hiperactividad, y en menor medida con Ansiedad/Depresión.

*Palabras clave:* CBCL, Inventario Clínico Infantil, prevalencia, comorbilidad, problemas de pensamiento.

*Recibido:* 1 de mayo de 2009

*Aceptado:* 11 de junio de 2009

### INTRODUCCIÓN

Durante la infancia es difícil discriminar cuándo ciertos comportamientos y actitudes pueden ser característicos de alteraciones de pensamiento o por el contrario son simplemente rasgos asociados al estadio de desarrollo evolutivo en el que el menor se encuentra (Caplan, 1994; Rothstein, 1981). Actualmente, las clasificaciones categoriales (DSM-IV y CIE-10) no contemplan, en las descripciones de los trastornos psicológicos en la infancia, ningún apartado específico para los problemas de pensamiento, remitiendo al psicólogo clínico a las descripciones que se hacen de los trastornos generalizados del desarrollo en infancia (Autismo, Asperger, etc.), o bien a trastornos psicóticos, concretamente la esquizofrenia, en las clasificaciones de adultos.

Kraepelin (1883) utilizó por primera vez el término demencia precoz.

En la cuarta edición de “*Compendium der Psychiatrie*” habla de un tipo de demencia en los jóvenes. En la sexta edición agrupa la paranoia, la catatonía y la hebefrenia, bajo el epígrafe común de demencia precoz, y considera síntomas fundamentales de este cuadro al retraimiento afectivo, la indiferencia, pérdida de unidad interior, alteración del curso del pensamiento y razonamiento y la falta de voluntad.

Los estudios empíricos en adultos avalan la existencia de un espectro psicótico amplio (Claridge et al., 1994; Eysenck, 1992). En este sentido, desde el modelo dimensional se propone un continuo de variables de personalidad que indican predisposición sin que la patología se manifieste necesariamente. La construcción de la escala P (Psicoticismo) en la teoría de Eysenck se considera adecuada para la estimación de la vulnerabilidad en un amplio espectro de problemas psicóticos (Claridge et al., 1996). Ballepí, Barrantes-Vidal y Obiols (1999) realizaron una revisión sobre marcadores bioconductuales de los trastornos del espectro esquizofrénico y concluyeron que existían cuadros premórbidos en la infancia, que forman parte del espectro esquizofrénico en la edad adulta; algunos de estos síntomas son: temperamento difícil, pasividad, inhibición y falta de espontaneidad.

García y Pérez (2003) afirmaron que la adolescencia constituye un periodo evolutivo especialmente complicado, en el cual la resolución de los conflictos propios de esta etapa puede ser un determinante en la aparición de síntomas similares a los de la esquizofrenia. Poulton, Caspi, Moffitt, Cannon, Murray y Harrington (2000) encontraron que a los once años, el 13% de los adolescentes responde positivamente a un ítem que evalúa síntomas psicóticos. La investigación en población normal de este fenómeno en las últimas décadas (Johns y Van Os, 2001), ha tenido gran relevancia, poniendo de manifiesto lo que se ha dado en denominar experiencias psicóticas atenuadas o subclínicas entre las que se encuentran ideación paranoide, pensamiento mágico y percepciones extrañas (Nelson y Yung, 2009). Estos síntomas, que no son clínicamente significativos y no permiten realizar un diagnóstico específico de psicosis, pueden ser considerados como signos esquizotípicos o pseudo-psicóticos (Venables, 1995). En otro estudio reciente, Yung et al. (2007) hicieron referencia a las diferencias existentes entre síntomas psicóticos y pseudo-psicóticos, y concluyeron que las diferencias radican esencialmente en el nivel de malestar que generan, así como en la frecuencia e intensidad de los síntomas, siendo ambos (psicóticos vs. pseudo-psicóticos) similares. Otros estudios llevados a cabo con población infantil (Cannon, Mednink y Parnas, 1990; Walker y Lewine, 1990; Watt, Grubb y Erlenmeyer-Kimling, 1982) encontraron que el retraimiento y el aislamiento social, la inmadurez y la inestabilidad emocional, la agresividad y otros problemas de comportamiento son algunos de los síntomas característicos de los problemas de pensamiento en la infancia.

A partir de la factorización realizada sobre la segunda parte del *Child Behavior Checklist (CBCL)*, Achenbach (1991a/b) describió el síndrome empírico de Problemas de Pensamiento formado por: *pensamientos/obsesiones, autoagresión/suicidio, ver y oír cosas que los demás no oyen, problemas de sueño, pellizcar partes del cuerpo, repetir acciones/conductas, almacenar cosas, conductas/ideas extrañas y preocupación por el sexo* (tabla 2).

A nivel epidemiológico, se han llevado a cabo numerosos estudios en todo el mundo con las escalas de Achenbach (Lambert, Knight, Taylor y Achenbach, 1994; Stanger, Fombonne y Achenbach, 1994; Verhulst et al., 2003) apareciendo, en los análisis factoriales realizados, un síndrome empírico que incluye características de problemas de pensamiento. Por otro lado, algunas investigaciones llevadas a cabo con el CBCL en la infancia (Achenbach, 1991; Lambert et al., 1994; Verhulst, et al., 2003) mostraron que las alteraciones psicológicas detectadas en los síndromes empíricos de comportamiento retraído, agresividad y conducta delictiva, están relacionados con la presencia de problemas de pensamiento, concretamente de esquizofrenia en la edad adulta (Miller, Byrne, Hodges, Lawrie y Johnstone, 2002), a pesar de no contener los síntomas centrales del diagnóstico. Por otra parte, en un estudio retrospectivo que utilizó una versión modificada del cuestionario de Achenbach (CBCL), junto con las versiones para padres de las escalas de Andreasen para la evaluación de síntomas

positivos (Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SAPS) (Andreasen, 1984) y la evaluación de síntomas negativos (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) (Andreasen, 1983), Baum y Walker (1995) encontraron que, posiblemente, la desorganización cognitiva y la pobreza psicomotora en los adultos con esquizofrenia estaban directamente asociados con retraimiento e inversamente asociados con características de ansiedad y depresión en la infancia. Además, en población general, Jones, Rodgers, Murray y Marmot (1994) observaron que aquellos menores que en la edad adulta presentaron esquizofrenia, en la infancia presentaron características de timidez, introversión, y ansiedad.

Stanger, MacDonald, McConaugh y Achenbach (1996) utilizaron el CBCL y sus distintas versiones TRF (Teacher's Report Form; Achenbach, 1991b) e YSR (Youth Self-Report; Achenbach, 1991c) para identificar los síndromes que podrían pronosticar el inicio de problemas mentales en una muestra de 1103 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 4 y 18 años. Los resultados obtenidos en los autoinformes mostraron que los adolescentes presentaron problemas de retraimiento, ansiedad y depresión. En otro estudio realizado, entre otros cuestionarios, con el YSR por Dhossche, Ferdinand, Van der Ende, Hofstra y Verhulst (2002) el porcentaje de adolescentes que informan sobre experiencias alucinatorias es del 6%. En España, López-Soler et al. (1998) y Lemos, Vallejo y Sandoval (2002) realizaron estudios, en población general adolescente, con el YSR, y encontraron que el conjunto de ítems que configuran el síndrome empírico problemas de pensamiento es equivalente al hallado por Achenbach en población americana. La prevalencia del trastorno problemas de pensamiento en el estudio de López-Soler et al. (1998) fue de un 17.5% (19.4% en chicos, 15.5% en chicas) con sintomatología moderada, y de un 5% (3.8% chicos, 6.2% chicas) con sintomatología severa.

López Soler y Freixinos (2001) llevaron a cabo un estudio con el YSR cuyo objetivo fue conocer la relación existente entre consumo de alcohol y psicopatología asociada en una muestra de población normal con 324 adolescentes de edades entre los 12 y 17 años. En este estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores en el factor problemas de pensamiento. Los consumidores de alcohol informaron con mayor frecuencia que los no consumidores que oyen cosas que otros no oyen, ven cosas que otros no ven, piensan cosas extrañas, etc. En la misma muestra adolescente, el síndrome empírico problemas de pensamiento se relaciona significativamente con conducta delictiva y antisocial (López y López Soler, 2008).

Pese a los estudios sobre síndromes empíricos en la infancia, las características del espectro psicótico, hasta el momento, siguen siendo difíciles de identificar y diagnosticar. En los escasos datos sobre prevalencia de esta alteración en la infancia, Loranger (1984) encontró, en un estudio retrospectivo con niños de edades comprendidas entre 10 y 14 años, que la patología psicótica o las alteraciones de pensamiento presentan una prevalencia del 18% en niños y 11% en niñas. Si comparamos este estudio con otros similares como

los de Gillberg, Wahlström, Forsman, Hellgren y Gillberg (1986) y Thomsen (1996), podemos observar que los porcentajes que ambos obtienen son inferiores y oscilan entre el 0.14% y un 0.25% respectivamente por debajo de la edad de catorce años, lo que se ajusta más a la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida, que es del 1% aproximadamente (DSM-IV-TR, 2003). Sin embargo, con respecto al sexo, los estudios coinciden en que la prevalencia es mayor en los niños (Gillberg et al., 1986; Loranger, 1984). Moataz et al. (2004) estudiaron una muestra de 1416 estudiantes de población general, únicamente varones (niños y adolescentes) de Arabia Saudí, utilizando el CBCL, y hallaron una prevalencia del 11.9% en edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, siendo del 6.8% en edades superiores a 15 años.

Con respecto a la comorbilidad, es poco habitual que un trastorno se presente de manera aislada; generalmente, suele ir asociado a otro/s trastorno/s. Así, Verhulst y van der Ende (1993) informaron de que los menores que obtienen puntuaciones altas en un solo síndrome, tienen mejor pronóstico que los que obtienen puntuaciones elevadas en dos o más síndromes. En este sentido, el CBCL, se ha mostrado como una escala muy apropiada para realizar *screening* de los distintos trastornos (Biederman et al., 1995; Hazell, Lewin y Carr, 1999). Ambos estudios utilizaron el CBCL como instrumento para discriminar la manía de los problemas de déficit de atención con hiperactividad, utilizando amplias muestras de sujetos con ambos diagnósticos y grupo control. En el primer estudio, Biederman et al. (1995) concluyeron que las escalas: conducta delincuente, conducta agresiva, quejas somáticas, ansiedad/depresión y problemas de pensamiento del CBCL, presentaron una excelente convergencia con el diagnóstico de manía. En un estudio de Hazell et al. (1999), en el que se pretendió diferenciar entre menores que presentan manía junto con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), de los que sólo presentan TDA-H, obtuvieron que, utilizando nuevamente el CBCL, la manía más TDA-H, obtuvo un nivel de significación alto en los síndromes retraimiento, problemas de pensamiento, conducta delincuente y conducta agresiva y una alta comorbilidad entre ansiedad, depresión y síntomas psicóticos. Por último, López-Soler et al. (1997) encontraron en una muestra de adolescentes que el factor problemas de pensamiento presentaba correlaciones significativas con los factores depresión-ansiedad, agresividad, consumo de sustancias, quejas somáticas y déficit de atención.

#### *Objetivos del estudio*

El objetivo del presente estudio es analizar la estructura del factor empírico problemas de pensamiento, además de su prevalencia y comorbilidad en una muestra pediátrica. Los objetivos específicos que nos planteamos son:

1. Conocer los síntomas/ítems que conforman el factor problemas de pensamiento en la muestra pediátrica.
2. Obtener la prevalencia del síndrome empírico problemas de pensamiento en la muestra pediátrica, tomando como criterio a) las

puntuaciones normalizadas obtenidas por Achenbach para este factor en población general, que se corresponden con los ítems de la tabla 2, y b) las puntuaciones correspondientes al factor problemas de pensamiento con la estructura factorial hallada en la muestra pediátrica (tabla 2).

3. Conocer la comorbilidad de problemas de pensamiento a partir de los ítems de la estructura de Achenbach y Rescorla (2001), (tabla 6) y también de la factorización realizada a partir de los ítems del ICI con el resto de síndromes empíricos obtenidos.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra del estudio está formada por 300 menores, de los cuales 207 (69%) son niños y 93 (31%) niñas, con edades comprendidas entre 6 y 12 años (Media = 8.457 y desviación típica = 1.826). La edad media de los niños fue 8.469 (D.t. = 1.797) y de las niñas fue 8.430 (D. t. = 1.896). Los menores son derivados a la Consulta de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario V. de la Arrixaca de Murcia, por las diferentes unidades y consultas pediátricas hospitalarias y de atención primaria de la Región, por presentar indicadores de posible alteración psicológica según valoración de los especialistas médicos que los remiten. Se obtuvo consentimiento informado de los padres de todos los menores que componen la muestra. No se han incluido ningún menor con discapacidad intelectual.

El procedimiento que se siguió fue realizar una entrevista inicial a los padres para conocer el problema básico del/la menor, solicitar consentimiento para el tratamiento de los datos resultantes de la exploración, administrar el CBCL/ICI a los padres y administrar las pruebas psicológicas específicas a los/as menores.

### *Procedimiento*

La derivación de los menores se realiza a través de una hoja de consulta en la que se describen por parte de los diferentes especialistas las características de los menores que pueden ser indicadores de psicopatología o alteración emocional. El/la especialista en Psicología Clínica realiza la entrevista psicológica semiestructurada, mediante la cual se detallan aspectos del desarrollo psicológico, funcionamiento habitual, comportamientos y respuestas emocionales, rendimiento y problemas escolares, así como composición y actitudes de la familia.

A continuación y con la finalidad de disponer de información lo más específica y menos sesgada del hijo/a, se les administra a los padres y a los menores, un protocolo de pruebas psicológicas tanto de cribado general, como de algún trastorno específico que se ha identificado mediante la entrevista, con el fin de elaborar un psicodiagnóstico fiable. El CBCL o la versión abreviada ICI, forman parte de las pruebas de cribado o screening general.

Una vez realizada la exploración psicológica, se elabora un informe que se remite al especialista que ha realizado la consulta, en paralelo se inicia el tratamiento psicológico, si es preciso, o se le indica el

servicio psicológico de referencia al que dirigirse para su problemática psicológica.

#### Instrumentos

La información recogida a los padres de los menores remitidos a consulta se obtuvo a través del Inventario Clínico Infantil (ICI, López-Soler, 1987), y es el objeto de esta investigación. Este inventario evalúa los comportamientos y sentimientos de niños y niñas. Está compuesto de 96 ítems con cuatro alternativas de respuesta, de 0 a 3. Su elaboración está basada en la segunda parte de la escala *Child Behavior Checklist* de Achenbach y Edelbrock (1984). Con el fin de obtener una información significativa de las conductas y emociones alteradas en los/as niños/as, y encontrar indicadores de psicopatología, se eliminó del CBCL la primera parte, que evalúa características sociofamiliares y competencias y habilidades de los/as menores, así como los ítems de la segunda parte que describen comportamientos no indicadores de patología. Se realizó un primer estudio con este instrumento en población pediátrica, obteniéndose una puntuación en el coeficiente alfa de Cronbach de .931 (López-Soler et al, 1995).

#### Análisis estadístico

Para estudiar la estructura dimensional del Inventario Clínico Infantil (ICI) se realizó un análisis factorial común exploratorio con la versión 12.0 de SYSTAT, y se estudió el gráfico *scree-plot* resultante con vistas a seleccionar el número de factores interpretativo. Además, se utilizaron un criterio de rotación ortogonal (varimax) y un criterio de rotación oblicua (oblimin) con el propósito de obtener una estructura más simple de los síndromes empíricos específicos de la muestra estudiada. Dado que los resultados de la solución oblicua fueron virtualmente semejantes a los de la rotación ortogonal, se optó por esta última por su mayor simplicidad interpretativa.

Las prevalencias del factor problemas de

pensamiento en la muestra pediátrica se obtuvieron en función de los siguientes criterios estadísticos:

1. Porcentaje global y por sexos de menores que se sitúan en o por encima del percentil 98 en el factor problemas de pensamiento de la factorización de Achenbach.
2. Porcentaje global y por sexos de menores que se sitúan por encima de la media más una desviación típica y más dos desviaciones típicas, en el síndrome empírico problemas de pensamiento de Achenbach en población general.
3. Porcentaje global y por sexos de menores que se sitúan en o por encima del percentil 98 de la muestra pediátrica en el factor problemas de pensamiento en la factorización del ICI.
4. Número de menores global y por sexos que se sitúa por encima de la media más una desviación típica y más dos desviaciones típicas en el factor problemas de pensamiento en la factorización del ICI.

Por último, el estudio de la relación entre el factor de Problemas de Pensamiento con el resto de síndromes empíricos obtenidos en nuestra factorización se llevó a cabo a través de correlaciones producto-momento de Pearson.

## RESULTADOS

#### Estructura factorial

Dado que el número de ítems de la escala ICI fue muy elevado, el gráfico *scree-plot* resultante de la aplicación del análisis factorial común exploratorio no ofreció una ruptura clara en la pendiente de los eigenvalores, por lo que se optó por una solución de ocho factores que explicó un 39.735% de la varianza total de la matriz de correlaciones. Se muestra en la tabla 1 el porcentaje de varianza explicado para cada uno de los factores en la factorización de 8 factores.

F. I	F. II	F. III	F. IV	F. V	F. VI	F. VII	F. VIII
Disocial (24.968)	Ansiedad/ Depresión (11.587)	Deficit Atención e Hiperactividad (20.597)	Quejas Somáticas (10.285)	Inseguridad (6.842)	Oposicionismo Desafiante (12.607)	Problemas Pensamiento (7.441)	Depresión (5.673)

Tabla 1: Porcentaje de varianza explicado por cada uno de los factores. (8 Factores)

La selección de ítems que formaron el síndrome empírico de problemas de pensamiento se

realizó en función de que su carga factorial fuera igual o mayor que 0.30 (tabla 2).

Población General (CBCL) (Achenbach y Rescorla, 2001)	Población pediátrica (ICI)	Carga factorial (ICI)
Pensamientos/Obsesiones	Autoagresiones/Intentos de suicidio	0.568
Autoagresión/Suicidio	Habla de matarse	0.558
Oye cosas que los demás no oyen	Resulta herido con frecuencia	0.348
Problemas de sueño	Mira fijamente o con los ojos en blanco	0.344
Se pellizca partes del cuerpo	Movimientos nerviosos o tics	0.318
Repite acciones/Conductas	Pensamientos/obsesiones	0.315
Vé cosas que los demás no ven	Perdido en sus pensamientos	0.314
Almacena cosas	Problemas de sueño	0.300
Conductas/ideas extrañas		
Preocupado por el sexo		

Tabla 2: Factor problemas de pensamiento.

Como se aprecia en la tabla 2, existen diferencias entre la estructura factorial encontrada en población general y la hallada en población clínica. En su factorización, Achenbach y Rescorla (2001) obtuvieron diez ítems que formaron el síndrome problemas de pensamiento, mientras que en nuestro estudio hemos obtenido nueve, de los cuales solo tres coincidieron con los de Achenbach: *autoagresiones/intentos de suicidio, pensamientos y obsesiones y problemas de sueño*.

Es importante señalar que en nuestro estudio los ítems *ve cosas que otros no ven, oye cosas que otros no oyen, y conductas/ideas extrañas*, que son centrales en el factor problemas de pensamiento obtenido por Achenbach, aparecen en el factor Disocial.

*Análisis de la fiabilidad*

El análisis de la fiabilidad para la escala completa con el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.95, por lo que podemos considerar que la escala completa es un instrumento fiable para la evaluación psicopatológica infantil. El coeficiente alfa para el factor de Problemas de Pensamiento fue de 0.65; aunque este valor es relativamente bajo debemos recordar que el factor de Problemas de Pensamiento sólo está formado por nueve ítems de la escala ICI total.

*Prevalencia del síndrome Problemas de Pensamiento*

La tabla 3 presenta las prevalencias del síndrome de Problemas de Pensamiento en función del sexo.

	Percentil 98	Media + 1dt	Media + 2dt
<b>Total</b>	2.1%	20.8%	3.2%
<b>Niños</b>	3.6%	21.2%	3.6%
<b>Niñas</b>	1.1%	19.8%	2.2%

**Tabla 3:** Análisis de relación de la dimensión despersonalización con los síntomas psicopatológicos y algunas variables sociolaborales.

Si atendemos al primer criterio, el porcentaje global de menores que se sitúan en o por encima del percentil 98 en el factor problemas de pensamiento de Achenbach es del 2.1%; por sexos el porcentaje varía de un 3.6% en niños a un 1.1% en niñas. Con la media más una desviación típica (M+1DT) y la media más dos desviaciones típicas

(M+2DT), en la muestra global obtenemos una prevalencia del 20.8% y 3.2% respectivamente. Por sexos, en los niños la prevalencia con la M+1DT se sitúa en el 21.2% y en las niñas en el 19.8%, mientras que con la M+2DT la prevalencia es del 3.6% en niños y del 2.2% en niñas.

	Percentil 98	Media + 1dt	Media + 2dt
<b>Total</b>	2.8%	22.7%	2.8%
<b>Niños</b>	2.6%	24.5%	3.6%
<b>Niñas</b>	1.2%	18.6%	2.3%

**Tabla 4:** Prevalencia Problemas de Pensamiento, ítems ICI.

Con respecto al porcentaje global de menores que se sitúa en o por encima del percentil 98 del factor problemas de pensamiento en la factorización del ICI es del 2.8%. En función del sexo, en niños obtenemos un 2.6% y en niñas el 1.2%. Finalmente, la prevalencia con la media más una y más dos desviaciones típicas, en el global con M+1DT es de 22.7% y para la M+2DT es de 2.8%. Si la valoración la hacemos por sexo, con la M+1DT en niños la prevalencia es del 24.5% y en niñas del

18.6%, mientras que con la M+2DT la prevalencia en niños es de 3.6% y en niñas del 2.3%.

Las puntuaciones de corte correspondientes a la media más una desviación típica (M+1DT), la media más dos desviaciones típicas (M+2DT) y el percentil 98 se presentan en la tabla 5. Recordamos que cuando en la tabla aparece ICI, es el factor problemas de pensamiento obtenido en la muestra pediátrica (tabla 2); la estructura del CBCL aparece también descrita en la tabla 2.

Puntuaciones de corte	N	M+1DT	M+2DT	P98
<b>ICI</b>	282	8.456	12.075	13
<b>CBCL</b>	284	8.468	12.073	14.82

**Tabla 5:** Puntuaciones de corte globales.

Observamos que el tamaño muestral difiere del número de sujetos de la muestra total, esto se debe a que el programa estadístico utilizado para hallar estos datos, elimina aquellos menores que tienen datos ausentes en algunos de los ítems que contribuyen al cálculo del factor problemas de pensamiento. Las puntuaciones de corte obtenidas tanto con los ítems del ICI como con los del CBCL, son muy similares usando como criterio la media más

una desviación típica (8.456 en ICI y 8.468 en CBCL), y más dos desviaciones típicas (12.075 en ICI y 12.073 en CBCL), existiendo casi dos puntos de diferencia cuando tomamos como criterio el percentil 98 (13 en ICI y 14.82 en CBCL).

La comorbilidad de problemas de pensamiento con el resto de síndromes del CBCL y del ICI, se muestra en la tabla 6.

	CBCL	ICI
Disocial	.731**	.597**
Ansiedad/Depresión	.434**	.456**
ADD-H	.613**	.545**
Quejas Somáticas	.682**	.623**
Inseguridad	.263**	.315**
Oposicionismo/Desafiante	.648**	.597**
Distimia	.218*	.279**

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

**Tabla 6:** Comorbilidad del factor Problemas de Pensamiento según factor CBCL e ICI con otros síndromes factorización ICI.

La comorbilidad del factor problemas de pensamiento se ha realizado con los ítems de la factorización de Achenbach y con la obtenida en el ICI. En ambos casos se ha establecido su correlación con el resto de síndromes empíricos en la muestra clínica pediátrica. Así que, tomando como referencia la configuración del síndrome problemas de pensamiento en el CBCL, se aprecia que tiene una alta correlación con los factores Disocial (.731), Quejas Somáticas (.682), Oposicionismo/Desafiante (.648) y Déficit de Atención/Hiperactividad (.613), mientras que las correlaciones son más bajas para el factor mixto Ansiedad/Depresión (.434), Inseguridad (.263) y Distimia (.218).

Según la factorización del ICI, las correlaciones positivas que se obtienen son similares, aunque el orden no es el mismo ya que la correlación más alta es con Quejas Somáticas (.623), y le sigue Disocial (.597), Oposicionismo/Desafiante (.597) y Déficit de Atención/Hiperactividad (.545). Al igual que sucedía en el CBCL las correlaciones con menor significación se establecen con factores internalizantes, Ansiedad/Depresión (.456), Inseguridad (.315) y Distimia (.279).

La correlación más alta que hemos obtenido se estableció entre el síndrome problemas de pensamiento y el factor Disocial de la factorización de Achenbach. Esta fuerte asociación se debe en parte a que dos de los ítems (ver cosas y oír cosas) del síndrome problemas de pensamiento de Achenbach, forman parte del síndrome empírico disocial en la factorización de la muestra pediátrica.

## Conclusiones

Con respecto al primer objetivo que hemos planteado, obtener los ítems que conforman el factor problemas de pensamiento en la muestra clínica pediátrica, observamos que existen una diferencia muy importante entre la estructura factorial de Achenbach y la obtenida en este estudio: no forman parte del factor los ítems ver cosa que otros no ven, oír cosas que otros no oyen y conductas e ideas extrañas, que aparecen en el factor disocial.

Por otra parte, con respecto a la prevalencia, observamos que, tomando como criterio de alteración el percentil 98, la prevalencia obtenida en la muestra total es muy similar en ambas estructuras (factores CBCL-ICI), siendo ligeramente superior en la estructura pediátrica (2.8% frente a 2.1%). Si tomamos como criterio la media más una y más dos desviaciones típicas, volvemos a encontrar puntuaciones muy similares con ambas estructuras, siendo más alta con el criterio media más una desviación típica en la estructura pediátrica, no así con la media más dos desviaciones típicas que es mayor en la estructura factorial del CBCL.

Asimismo, las tasas de prevalencia con este criterio, son más altas que con el percentil 98.

Cuando comparamos la prevalencia obtenida en niños en ambas estructuras, podemos observar como con el percentil 98 la prevalencia es similar; si tomamos como referencia la media más una desviación típica, la prevalencia obtenida con la estructura pediátrica es tres puntos mayor que la hallada en la estructura del CBCL (24.5% frente a 21.2% respectivamente). Sin embargo, si el criterio es la media más dos desviaciones típicas la prevalencia es la misma, 3.6%, en ambas estructuras.

La prevalencia hallada para las niñas tanto en la estructura pediátrica como en la estructura con el CBCL es prácticamente la misma, siendo ligeramente superior en la estructura del CBCL, 19.8% frente al 18.6%, que se obtienen en la factorización del grupo clínico. Podemos observar en las tablas 3 y 4 que la prevalencia en problemas de pensamiento es mayor en niños que en niñas.

Las puntuaciones de corte obtenidas para ambas estructuras, tanto para la del CBCL como para la de la muestra pediátrica no difieren, únicamente con el percentil 98 la puntuación de corte es mayor en la factorización del CBCL.

En cuanto a la comorbilidad, existe una mayor relación con problemas externalizantes como son problemas disociales, déficit de atención e hiperactividad y oposicionismo desafiante, que con problemas internalizantes, excepto con el factor quejas somáticas en la factorización pediátrica, que presenta la correlación más alta con problemas de pensamiento.

## DISCUSIÓN

La estructura factorial que Achenbach encontró en la población general no coincide con la estructura factorial de la población pediátrica clínica. Sólo tres ítems, de los nueve obtenidos en nuestra factorización coinciden con los de Achenbach; sorprendentemente, *oír cosas*, *ver cosas*, no aparecen entre los ítems de nuestra factorización. No coinciden nuestros hallazgos con los obtenidos en la configuración del factor problemas de pensamiento en muestras de población general española adolescente (Lemos, et al., 2002 y López-Soler et al., 1998). Sin embargo la agresión y la conducta antisocial y delictiva, si muestran una estrecha relación con los problemas de pensamiento en la adolescencia (López y López-Soler, 2008).

Como indicamos anteriormente, pese a los numerosos estudios que se han realizado en todo el mundo, las características que conforman el factor problemas de pensamiento describen una gran variedad de síntomas. Cannon et al. (1990), Caplan

(1994), Walker y Lewine (1990) y Watt et al. (1982) hablaron de aislamiento, inmadurez, agresividad y otros problemas conductuales que pueden ser característicos de problemas de pensamiento en la infancia. Miller et al. (2002) consideraron que la agresividad era un rasgo en la infancia predictor de problemas psicóticos en la vida adulta. Es posible que algunos cuadros de agresividad en la infancia incluyan síntomas de problemas de pensamiento, tal como hemos indicado en este estudio.

La presencia de dos síntomas marcadamente psicóticos en el factor disocial de nuestra factorización, es muy peculiar y requiere de nuevos estudios que permitan considerar si es una configuración sintomatológica estable, o si se trata de un hallazgo específico de esta muestra, los estudios consultados no muestran datos a este respecto, por lo que nos inclinamos a pensar que quizá se trate de un hallazgo característico de esta muestra. Los resultados podían ser importantes para el diseño de protocolos en la infancia, ya que la remisión de los menores a consultas clínicas es debida preferentemente a problemas de conducta y en muy pocas ocasiones por posibles alteraciones psicóticas. Algunos trastornos conductuales podrían incluir sintomatología psicótica poco observable y por tanto no evaluada específicamente, al no ser tan evidente y perturbadora en el entorno, como las alteraciones conductuales.

En relación a la variable sexo, nuestro estudio coincide con los realizador por Gillberg et al., (1986) y Lorange (1984), en los que la prevalencia de problemas de pensamiento también es mayor en niños.

Referente a la comorbilidad, tanto Quejas Somáticas como Ansiedad/Depresión tienen alta correlación con Problemas de Pensamiento, este resultado está en la línea de la investigación llevada a cabo por Yung et al., (2007), la cual concluye que puntuaciones altas en la dimensión depresiva pueden aumentar los síntomas pseudo-psicóticos; aunque también puede indicar que los problemas de pensamiento son un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos, ya que percibir y/o interpretar la realidad de forma peculiar y no encontrar validación social, puede desencadenar respuestas de ansiedad y depresión.

La escasa detección de problemas de pensamiento en la infancia, la mezcla con los síntomas agresivos y su importancia en la psicopatología en la adolescencia y vida adulta, hace necesario realizar una búsqueda de signos en edades precoces, lo que resulta fácil recogiendo la información de los padres mediante el CBCL o escalas específicas. Sólo de esta forma llegaremos a conocer con fiabilidad cómo se manifiestan los síntomas pseudo-psicóticos en la infancia y podremos establecer los tratamientos psicológicos adecuados, lo cual mejoraría el bienestar en los menores y disminuiría la probabilidad de aparición de trastornos psicóticos, o su gravedad en épocas posteriores.

## REFERENCIAS

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Andreasen, N. C. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. The University of Iowa, Iowa City, IA.

Andreasen, N. C. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. The University of Iowa, Iowa City, IA.

American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (4ª ed.)*. Washington, DC: Autor.

Ballespí, S., Barrantes-Vidal, N. y Obiols, J. E. (1999). Precusores conductuales infantiles de los trastornos del espectro esquizofrénico: esquizofrenia y trastorno esquizotípico de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 123-146.

Baum, K. M. y Walker, E. F. (1995). Childhood behavioral precursors of adult symptom dimensions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16, 111-120.

Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E. y Kraus, I. (1995). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 464-471.

Cannon, T. D., Mednick, S. A. y Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive symptom schizophrenia in a high risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 622-632.

Caplan, R. (1994). Thought disorder in childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 33, 605-615.

Claridge, G. (1994). Single indicador of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth?. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 151-168.

Claridge, G., McCreey, C., Mason, O., Bental, R., Boyle, G., Slade, P. y Popplewell, D. (1996). The factor structure of "schizotypal" traits: A large replication study. *Humanities & Social Sciences Paper*. Bond University.

Dhossche, D., Ferdinand, R., Van der Ende, J., Hofstra, M. B., y Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a

- community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 32, 619-627.
- Eysenck, H. J. (1992). The definition and measurement of psychoticism. *Personality and individual differences*, 13, 757-785.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- Gillberg, I. C., Wahlström, J., Forsman, A., Hellgren, L. y Gillberg, I. C. (1986). Teenage psychoses-epidemiology, classification and reduced optimality in the pre-, peri- and neonatal periods. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 87-98.
- Hazell, P. L., Lewin, T. J. y Carr, V. J. (1999). Confirmation that Child Behavior Checklist clinical scales discriminate juvenile mania from attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatric Child Health*, 35, 199-203.
- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R. y Marmot, M. (1994). Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 19, 1389-1402.
- Jones, L. C., y van Os, J. (2001). The continuity psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig, Abel.
- Lambert, M. C., Knight, F., Taylor, R. y Achenbach, T. M. (1994). Epidemiology of behavioral and emotional problems among children of Jamaica and the United States: Parent reports for ages 6 to 11. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 113-128.
- Lemos Giraldes, S., Vallejo Seco, G. y Sandoval-Mena, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14, 816-822.
- López Soler, C. (1987). Inventario Clínico Infantil: adaptación clínica del CBCL. Documento no publicado.
- López, J. R. y López Soler, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Edit.um: Universidad de Murcia
- López Soler, C. y Frexinós, M. A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17, 177-187.
- López Soler, C., García Montalvo, C., Murcia, L., Martín, C., Cortegano, C., López-Mora, I., López-García, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: Taxonomías empíricas. *Anales de Psicología*, 11(2)129-141.
- López Soler, C., García, C., Pérez, J., Brito de la Nuez, A., Tejerina, M. y Fernández, E. (1997). Psicopatología en la adolescencia: Taxonomías empíricas, rasgos de personalidad y estrés. Memoria de investigación, Proyecto HUM96/46 *Programa Séneca del Plan Regional de Investigación, Desarrollo Tecnológico y del Conocimiento*.
- Loranger, A. W. (1984). Sex differences in age at onset of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 41, 157-161.
- Miller, P. M., Byrne, M., Hodges, A., Lawrie, S. M. y Johnstone, E. C. (2002). Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the Edinburgh High Risk Study. *Psychological Medicine*, 32, 173-179.
- Moataz M. Abdel-Fattah, Abdel-Rahman A. Asal, Saeed M. Al-Asmary, Nabil s. Al-Helali, Tawfiq M. Al-Jabban y Mostafa A Arafa. (2004). Emocional and behavioral problems among male Saudi schoolchildren and adolescents. Prevalence and risk factors. *German Journal of Psychiatry*, 7, 1-9.
- Nelson, B., Yung, A. (2009). Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: When do they increase risk for psychotic disorder? *Schizophrenia Research*, 108, 303-304.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R., y Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Rothstein, A. (1981). Hallucinatory phenomena in childhood: a critique of the literature. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 20, 623-635.
- Stanger, C., Fombonne, E. y Achenbach, T. M. (1994). Epidemiological comparisons of American and French children: Parent reports of problems and competencies for ages 6-11. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 3, 16-28.
- Stanger, C., MacDonald, V. V., McConaughy, S. H. y Achenbach, T. M. (1996). Predictor of cross-informant syndromes among children and youths referred for mental health services. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 597-614.
- Thomsen, P. H. (1996). Schizophrenia with childhood and adolescent onset, a nationwide register-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 187-193.
- Venables, P. (1995). Schizotypal personality as a developmental stage in studies for schizophrenia. En A. Raine, T. Lencz and S. Mednick (Eds.). *Schizotypal Personality*, 107-131. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Verhulst, F. C., Achenbach, T. M., Van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M. C., Leung P., Silva, M. A., Zilber, N. y Zubrick S. R. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1479-1485.



Verhulst, F.C. y Van der Ende, J. (1993). Comorbidity in an epidemiological sample: A longitudinal perspective. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 34, 767-83.

Walker, E. y Lewine, R. J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of the patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1052-1056.

Watt, N. F., Grubb, T. W. y Erlenmeyer-Kimlig, L. (1982). Social, emotional, and intellectual behavior at school among children at high risk for schizophrenia. *Journal of consulting and Clincial Psychology*, 50, 171-181.

Yung, A., Buckby, J., Cosgrave, E., Killackey, E., Baker, K., Cotton, S. y McGorry, P. (2007). Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia Research*, 91, 246-253.



## Historia de lesiones y su relación con las variables psicológicas en tenistas

Aurelio Olmedilla Zafra<sup>1</sup>, Joel M. Prieto Andreu<sup>1</sup> y Amador Blas Redondo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica San Antonio (UCAM) de Murcia

<sup>2</sup>Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte

---

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre las lesiones de los tenistas y las variables psicológicas (control de estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo). Concretamente analizar si la gravedad y el tipo de las lesiones sufridas por los tenistas se relacionan con las variables psicológicas estudiadas. Participaron en el estudio un total de 63 jugadores de tenis, con edades comprendidas entre los 16 y los 49 años (M= 31,62, DT= 8,93). Los resultados indican que los tenistas con un número menor de lesiones moderadas, manifestaban mayores niveles de motivación; por otro lado, los tenistas con un número menor de lesiones musculares, manifestaban un mayor control del estrés propio de la práctica deportiva; cuando la incidencia de tendinitis es menor, los tenistas manifiestan un mejor manejo de la evaluación de su rendimiento; y cuando el número de fracturas era menor, manifiestan un mayor nivel de cohesión de equipo.

*Palabras clave:* Lesiones deportivas, tenistas, variables psicológicas

*Recibido:* 9 de mayo de 2009

*Aceptado:* 17 de junio de 2009

### INTRODUCCIÓN

La lesión puede considerarse como un hecho inherente a la práctica deportiva que, de una forma u otra, afecta a un gran número de deportistas. En la mayoría de ocasiones provoca, quizás debido al aumento de las exigencias deportivas para los deportistas de rendimiento (Bahr y Krosshaug, 2005; Ekstrand, Walden y Häglund, 2004), situaciones negativas y estresantes. La lesión podría ser considerada como un “accidente de trabajo” (Buceta y Bueno, 1995), ya que para los deportistas profesionales el lesionarse puede tener repercusiones negativas de gran importancia, además de las derivadas de la propia salud, como por ejemplo, la interrupción de la carrera deportiva, la pérdida de estatus profesional, una reducción de recursos económicos, etc. Además, cualquier persona que practica deporte, sin ser considerado de alto rendimiento, también se puede ver afectada por las consecuencias negativas de la lesión.

Si en un primer momento los estudios se centraron en la búsqueda de un tipo de personalidad propenso a la lesión (Coddington y Troxel, 1980; Valliant, 1981), las investigaciones más recientes se han focalizado en el análisis de aspectos específicos de la psicología del deportista y cómo estos se relacionan con el riesgo de lesión (Ali, Marivain, Hèas y Boulvais, 2007; Díaz, 2001; Díaz, Buceta y

Bueno, 2004; Olmedilla, García-Montalvo y Martínez-Sánchez, 2006; Williams y Andersen, 1998; Williams y Roepke, 1993). Los modelos teóricos propuestos para el estudio de las relaciones entre aspectos psicológicos y lesiones surgieron en los años 90. El Modelo de Estrés y Lesión de Andersen y Williams (1988), revisado una década más tarde (Williams y Andersen, 1998), incorporó el estudio de los factores psicológicos que pueden influir para que un deportista sufra una lesión. Este modelo plantea la hipótesis de que un deportista ante una situación estresante, emite una respuesta (denominada de estrés) producto de la valoración cognitiva que hace de aquella, provocando cambios fisiológicos (incremento de la tensión muscular) y atencionales (focalización inadecuada de la atención) que aumentan la probabilidad de lesionarse. Además, otros componentes del modelo (personalidad, historia de estrés del deportista y los recursos de afrontamiento) mediarán en el tipo de respuesta, potenciando el estrés o ayudando a controlarlo.

A partir de la propuesta de este modelo, la mayoría de los estudios se han centrado en el análisis de la relación entre el estrés y las lesiones (Díaz, 2001; Junge, 2000; Udry y Andersen, 2002), utilizándolo como base teórica. Se han estudiado diferentes aspectos de la personalidad (Currens, 2001; Hanson, McCullagh y Tonymon, 1992; Rogers y Landers, 2002; Smith, 2001), como la autoconfianza, la ansiedad o el locus de control. Algunos trabajos han encontrado una correlación positiva entre la autoconfianza y el riesgo de lesionarse (Petrie, 1993; Wittig y Schurr, 1994), mientras otros han hallado una relación negativa, es decir, niveles altos de autoconfianza minimizan el riesgo de lesión (Jackson

et al., 1978; Valliant, 1981); en estudios más recientes, se ha encontrado que los valores medios y bajos en autoconfianza se relacionan con una mayor probabilidad de lesión (Abenza, Olmedilla, Ortega y Esparza, en prensa).

La relación entre la ansiedad y las lesiones, también ha arrojado resultados contradictorios. Mientras que en algunos trabajos no se ha encontrado relación alguna (Kerr y Minden, 1988; Kerr y Fowler, 1988; Olmedilla et al., 2006), en otros estudios las puntuaciones altas en ansiedad han correlacionado positivamente con una mayor propensión a lesionarse (Lysens, Auweele y Ostyn, 1986; Olmedilla, Andreu, Ortín y Blas, 2009a; Olmedilla, Andreu, Ortín y Blas, 2009b; Pascual y Aragües, 1998; Petrie, 1993).

El estudio de la relación entre el locus de control y las lesiones, también ha presentado resultados poco claros. Algunos trabajos describen que los deportistas con un locus de control interno, manifiestan una menor tendencia a informar de haber sufrido lesión (Labbe, Weish, Coldmith y Hickman, 1991), pero otros no encuentran relación alguna (Passer y Seese, 1983); quizás el empleo de instrumentos no adaptados al ámbito deportivo pueda explicar, en parte, estos resultados, ya que en el trabajo de Dahlhauser y Thomas (1979), al emplear una escala de locus de control adaptada al fútbol creada por ellos, si hallaron relación ente locus de control externo y aparición de lesiones. Parece que la tendencia es que los deportistas con un locus de control interno, sean menos vulnerables a la lesión, tal y como aparece en un estudio de Ortín, Olmedilla, Garcés de los Fayos y Hidalgo (2008), aunque sería deseable mejorar las herramientas de evaluación del locus de control.

Por otro lado, y tal y como se desprende del modelo de Andersen y Williams (1988), la valoración cognitiva que hace el deportista de una determinada situación, será clave para provocar cambios fisiológicos y atencionales. La interpretación que realiza el deportista de la evaluación que hacen los otros significativos (entrenadores, técnicos, compañeros, etc.) de su ejecución deportiva, y la interpretación de la evaluación que hace sobre sí mismo, resulta una de las cuestiones claves para provocar una respuesta de estrés que, en trabajos anteriores se ha relacionado con las lesiones de carácter grave, pero no con las leves y moderadas (Abenza et al., en prensa; Olmedilla, Ortega y Abenza, 2005; Olmedilla et al., 2006). Otro de los aspectos importantes del modelo se refiere a la capacidad atencional del deportista y la valoración cognitiva que realiza en determinadas situaciones estresantes. Estos aspectos pueden afectar a determinados procesos atencionales y derivar en respuestas inadecuadas al estrés original que aumentan al mismo tiempo el riesgo de lesión.

En algunos trabajos se han encontrado relaciones significativas entre capacidad de concentración y menor riesgo de lesión (Kerr y Minden, 1988), así como entre un mejor manejo de la capacidad atencional en situaciones de entrenamiento y competición y un menor riesgo de lesiones (Olmedilla et al., 2006).

Uno de los componentes del modelo (Williams y Andersen, 1998), la historia de factores de estrés del deportista incluye, entre otros aspectos,

las lesiones sufridas por los deportistas que, en definitiva, se convierten en una historia de lesiones, y por tanto, de estrés potencial que podría afectar a variables psicológicas que, a su vez, podrían incrementar los niveles de estrés. De esta forma, se estaría en un círculo sin solución de continuidad: una historia de lesiones caracterizada por muchas lesiones, con cierto nivel de gravedad, podría afectar negativamente a aspectos psicológicos como la capacidad de control del estrés, la motivación o el manejo de estrategias de afrontamiento, que, a su vez determinarían respuestas de estrés por parte del deportista, y por tanto, incrementar la probabilidad de lesionarse. En definitiva, se está ante un marco teórico muy interesante, aunque necesitado de mayor investigación empírica que aporte datos en el sentido de confirmar la bidireccionalidad entre las variables personales (diferentes aspectos de la personalidad, factores específicos de estrés, habilidades de afrontamiento) y la respuesta de estrés. Además, los resultados de las investigaciones, tal y como indican Udry y Andersen (2002), parecen sugerir que se necesita superar algunas limitaciones de carácter metodológico. Limitaciones que son recogidas en los trabajos de Williams y Roepke (1993) y Petrie y Falkstein (1998), indicando que el hecho de que los resultados de las investigaciones hayan sido, a veces, contradictorios se debe a algunos problemas metodológicos (diseños poco rigurosos, instrumentos generalistas no específicos del ámbito deportivo, muestras reducidas, excesiva heterogeneidad de las muestras o la diversidad y complejidad de los diferentes deportes).

En este trabajo se pretenden superar algunas de las limitaciones observadas en la investigación precedente, sugeridas por diferentes autores (Díaz et al., 2004; Petrie y Falkstein, 1998; Williams y Roepke, 1993; Weiss, 2003), y ampliar la investigación empírica respecto a la relación entre un elemento del modelo, la historia de estrés, y algunas de las variables psicológicas más relevantes en el ámbito deportivo. Concretamente, se trató de homogeneizar la muestra eligiendo un mismo deporte (tenis), y el mismo género (masculino); se trató de utilizar un instrumento adaptado al ámbito deportivo para la evaluación de variables psicológicas, seleccionándose el *CPRD*.

El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre las lesiones de los tenistas y las variables psicológicas (control de estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo). Concretamente analizar si la gravedad y el tipo de las lesiones sufridas se relacionan con las variables psicológicas estudiadas.

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaron en el estudio un total de 63 jugadores de tenis, con edades comprendidas entre los 16 y los 49 años ( $M= 31,62$ ,  $DT= 8,93$ ), de los que un 50,8% se encontraban lesionados en el momento del estudio, frente a un 49,2% que no lo estaban. Todos ellos pertenecían a clubes de tenis de la Comarca Bajo Vinalopó de la provincia de Alicante (España), inscritos en campeonatos intraclub

e interclubes. La mayoría de tenistas tenían una gran experiencia en la práctica del tenis; así, un 30,16% lo practicaba desde hacía más de 12 años, un 25,40% entre 8 y 12 años, un 28,57% entre 4 y 8 años, un 12,70% entre 1 y 4 años, y sólo un 3,17% tenía una experiencia de menos de 1 año. Respecto al tiempo de práctica del tenis, la mayoría (un 52,38%) lo practicaba entre 1 y 3 horas semanales, un 22,22% lo practicaba menos de una hora, un 14,29% lo practicaba entre 3 y 5 horas, un 7,94% lo practicaba entre 5 a 8 horas, y sólo un 3,17% lo hacía durante más de 8 horas semanales.

### **Instrumentos**

Se utilizaron 2 instrumentos para explorar las siguientes variables: historia de lesiones sufridas por los tenistas y variables psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo.

*-Cuestionario de autoinforme para recogida de datos de las lesiones.* Para la evaluación de la historia de lesiones de los tenistas, se utilizó un cuestionario de autoinforme partiendo del utilizado en estudios anteriores (Díaz et al., 2004; Olmedilla, Ortega y Abenza, 2007; Ortín, 2009) en el que se registraban el número, gravedad y tipo de lesiones sufridas durante la temporada deportiva anterior (aproximadamente un año), además de la situación de lesionado o no lesionado en el momento del estudio. Para la valoración de la gravedad de las lesiones se siguió un criterio funcional (Díaz et al., 2004; Olmedilla et al., 2006; Pascual y Aragües, 1998; Van Mechelen et al., 1996), diferenciando entre lesiones leves (al menos interrumpen un día de entrenamiento y requieren tratamiento), lesiones moderadas (obliga al tenista a interrumpir durante al menos una semana sus entrenamientos y competiciones, y requieren tratamiento), lesiones graves (suponen uno o dos meses de baja deportiva, a veces hospitalización, e incluso intervención quirúrgica), y lesiones muy graves (producen una disminución del rendimiento del tenista de manera permanente, precisando rehabilitación constante para evitar empeoramiento). Para la valoración del tipo de lesión se realizó la clasificación en lesiones musculares, fracturas, tendinitis, contusiones, esguinces y otras.

*-CPRD. Cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo* (Gimeno, Buceta y Pérez-Llantada, 1999). El CPRD es un cuestionario adaptado procedente del *Psychological Skills Inventory for Sport (PSIS)* de Mahoney (1989). La versión española del cuestionario (Gimeno et al., 1999) está compuesta por 55 reactivos (en una escala tipo likert de 5 opciones, 1=completamente en desacuerdo, 5=completamente de acuerdo), con saturaciones superiores a 0,30, con un coeficiente alfa de Cronbach del 0,85, y explica una varianza del 63%. En concreto, el cuestionario CPRD evalúa cinco variables psicológicas:

1. Control de estrés (CE, compuesto por 20 reactivos): este factor hace referencia a situaciones potencialmente estresantes en las que es necesario el control, y a las respuestas del deportista en relación a las demandas del entrenamiento y la competición. Una puntuación alta indica que el deportista dispone de recursos psicológicos para controlar el estrés relacionado con su práctica deportiva.

2. Influencia de la evaluación del rendimiento (IER, compuesto por 12 reactivos): este factor hace referencia a las características de las respuestas del deportista ante situaciones en las que éste evalúa su propio rendimiento, o se plantea que lo están evaluando personas significativas a él; además, incluye también la valoración respecto a los antecedentes que pueden originar una valoración del rendimiento deportivo del deportista. Una puntuación alta indica que el deportista muestra un elevado control del impacto de una evaluación negativa sobre su rendimiento.
3. Motivación (MO, compuesto por 8 reactivos): este factor hace referencia a la motivación y el interés de los deportistas por todo lo relacionado con su práctica deportiva, como los entrenamientos, las competiciones y el esfuerzo por superarse día a día. Una puntuación alta indica que el deportista muestra un gran nivel motivacional por su práctica deportiva.
4. Habilidad mental (HM, compuesto por 9 reactivos): este factor incluye habilidades psicológicas que pueden favorecer el rendimiento deportivo. Una puntuación alta indica que el deportista posee habilidades o domina estrategias psicológicas que le ayudan en su rendimiento.
5. Cohesión de equipo (CH, compuesto por 6 reactivos): este factor hace referencia a la integración del deportista en su equipo o grupo deportivo. Una puntuación alta indica que el deportista muestra una adecuada integración. Este factor es de menor importancia en la actividad deportiva del tenista, ya que casi siempre se compite individualmente; sin embargo, su inclusión en el estudio se justifica por importancia que puede tener su relación con aquellos otros tenistas con los que comparte actividad (en entrenamientos con otros tenistas del mismo club, y en competiciones con sus respectivos compañeros de "dobles").

### **Procedimiento**

Ésta es una investigación de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño de corte transversal, en el que todas las variables fueron evaluadas al mismo tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). En un primer momento se contactó telefónicamente con los responsables de los diferentes clubes de tenis, para solicitar su permiso y apoyo en el proceso de recogida de datos. Al mismo tiempo se les informó brevemente de los objetivos de la investigación; y se les solicitó una cita en las instalaciones para, personalmente informarles de todo lo que quisieran conocer, además de para establecer un primer contacto con los tenistas. Tras concertar una cita con éstos, y en las propias instalaciones de cada club, se les explicó brevemente el objetivo de la investigación, para a continuación, explicarles la dinámica de los cuestionarios a cumplimentar. Un licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, bajo la supervisión de un psicólogo experto en psicología del deporte, dirigió las sesiones de recogida de datos, explicando la forma de cumplimentar cada cuestionario, y resolviendo dudas individualmente cuando éstas surgían. Los jugadores

tardaron alrededor de 60 minutos en cumplimentar los dos cuestionarios. Todos los participantes colaboraron de manera voluntaria, firmando un consentimiento informado antes de comenzar.

### Análisis de datos

En este estudio se ha utilizado una metodología correlacional. Las técnicas estadísticas empleadas fueron análisis de correlación de Pearson, el estadístico “t” de Student para medias procedentes de muestras independientes. Los análisis se han realizado con el programa SPSS 15.0 para Windows.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se puede observar la distribución de la muestra en relación a las lesiones, concretamente, la situación actual del tenista respecto a si está o no lesionado y la gravedad de lesión que sufre, y la historia de lesiones sufridas durante la práctica del tenis. Casi la mitad de la muestra no se encuentra lesionado en el momento del estudio, y casi un tercio sufre (30,2%) no se ha lesionado nunca. Destaca el hecho de que más de un 20% sufre una lesión moderada o grave.

Lesión actual	Frecuencia	%	Nº de lesiones sufridas	Frecuencia	%
No lesionado	31	49,2	Ninguna	19	30,2
Lesión leve	19	30,2	Una	25	39,7
Lesión moderada	11	17,5	Dos	10	15,9
Lesión grave	2	3,2	Tres	8	12,7
			Cuatro	1	1,6
Total	63	100	Total	63	100

**Tabla 1.** Situación actual del tenista respecto a estar o no lesionado y número de lesiones sufridas a lo largo de su práctica de tenis

En la Tabla 2 se indican en frecuencia y porcentajes el tipo de lesiones sufridas por los tenistas. Destaca el hecho de que la gran mayoría de lesiones son musculares y tendinitis (un 81,94%), sólo una fractura (1,39%), y ninguna contusión.

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
Musculares	33	45,83
Tendinitis	26	36,11
Esguinces	8	11,11
Fracturas	1	1,39
Contusiones	0	0
Otras	4	5,56
Total	72	100,00

**Tabla 2.** Frecuencia y porcentaje del tipo de lesiones sufridas por los tenistas

Como se puede observar en la tabla 3, analizando la gravedad de las lesiones sólo se han encontrado relaciones significativas entre las lesiones moderadas y el factor motivación; se puede apreciar una correlación negativa ( $r = -0.348$ ;  $\alpha \leq 0,01$ ), es decir a menor número de lesiones moderadas, mayor puntuación en el factor motivación.

Lesiones		CE	IER	MO	HM	CH
Lesiones moderadas	Correl Pearson	-,009	,067	-,348(**)	,176	,086
	Sig. (bilateral)	,942	,600	,005	,168	,503
	N	63	63	63	63	63
Lesiones musculares	Correl Pearson	-,271(*)	-,129	-,033	,066	-,202
	Sig. (bilateral)	,031	,313	,798	,608	,112
	N	63	63	63	63	63
Tendinitis	Correl Pearson	,223	,292(*)	,067	,227	-,035
	Sig. (bilateral)	,080	,020	,604	,074	,784
	N	63	63	63	63	63

**Tabla 3.** Correlaciones entre los factores del CPRD y las lesiones deportivas

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

a No se puede calcular porque al menos una variable es constante

Al analizar la relación entre el tipo de lesión y las variables psicológicas, se aprecia que existen relaciones estadísticamente significativas entre las lesiones musculares, las tendinitis y las variables psicológicas. Concretamente, se puede apreciar una relación negativa entre las lesiones musculares y el control de estrés ( $r = -0,271$ ;  $\alpha \leq 0,05$ ), es decir cuando la incidencia de lesiones musculares es menor, el control de estrés del deportista es mayor. Igualmente, se aprecia una relación negativa entre las tendinitis y la influencia de la evaluación del rendimiento ( $r = -0,292$ ;  $\alpha \leq 0,05$ ), es decir cuando la incidencia de tendinitis es menor, el deportista manifiesta mayor puntuación en este factor.

## CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre las lesiones de los tenistas y las variables psicológicas (control de estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo). Concretamente analizar si la gravedad y el tipo de lesiones se relacionan con las variables psicológicas estudiadas.

Al analizar la gravedad de las lesiones los resultados indican que sólo se han encontrado relaciones significativas entre las lesiones moderadas y la motivación, en el sentido de que los tenistas con un mayor número de lesiones moderadas, manifestaban menor puntuación en el factor motivación; es decir una historia de lesiones, moderadas, podría estar afectando a la motivación y el interés de los tenistas por los entrenamientos y competiciones. Sin embargo, en otros estudios no se han encontrado relaciones entre la gravedad de las lesiones, cuando éstas eran de carácter leve o moderado, y las variables psicológicas estudiadas (Abenza, Olmedilla, Ortega y Esparza, 2008; Abenza et al., en prensa; Olmedilla et al., 2006). Resulta interesante comprobar que, en estos trabajos, la muestra estuvo formada por futbolistas, deportistas de equipo, y en el trabajo presente ha estado formada por tenistas. Por un lado, el bajo número muestral puede estar impidiendo un mejor análisis estadístico, ya que el número de lesiones de carácter grave o muy grave es pequeño; pero, por otro, es posible que la especificidad del deporte afecte a estos resultados;

así, una lesión moderada podría no ser excesivamente importante para el futbolista, ya que puede recuperarse en una semana, perdiéndose a lo sumo una competición; pero, sí serlo para el tenista, que podría perderse varias competiciones en una semana. En este sentido, sería muy interesante estudiar el impacto de la gravedad de las lesiones en las variables psicológicas del deportista, comparando deportistas de equipo y deportistas individuales, e incluso dentro de los deportistas individuales observar si esta relación se comporta de la misma manera, o es diferente para cada especialidad deportiva.

Además, también es posible que el instrumento de evaluación de las características psicológicas esté afectando a los resultados. En los trabajos realizados con futbolistas, se utilizó la versión del *CPRD* para futbolistas (*CPRD-f*) de Olmedilla et al. (2006), adaptada a esta población de estudio, sin embargo, en este trabajo se ha utilizado la versión general del *CPRD* de Gimeno et al (1999). Este dato, podría estar indicando que la evaluación de variables psicológicas, debería realizarse teniendo en cuenta el tipo de deporte practicado, lo que permitiría optimizar la potencia del instrumento.

En cualquier caso, y analizándose los resultados de este estudio y los resultados del trabajo de Abenza et al. (2008), se puede reseñar que para los tenistas una historia de lesiones moderadas podría afectar negativamente a su motivación por la práctica deportiva, y que, por otro lado, una historia de lesiones graves o muy graves podría afectar al futbolista incrementando su nivel de ansiedad, disminuyendo su autoconfianza y provocando un peor manejo de situaciones generadas por la evaluación de su rendimiento deportivo.

Al analizar la relación entre el tipo de lesión y las variables psicológicas, los resultados indican que existen relaciones estadísticamente significativas entre las variables psicológicas y las lesiones musculares, y las tendinitis. Específicamente los resultados muestran que cuando los tenistas tienen una incidencia mayor de lesiones musculares, su capacidad para controlar el estrés deportivo es menor; además, cuando los tenistas tienen una incidencia mayor de tendinitis, manifiestan un peor manejo de la presión ejercida por la evaluación de su rendimiento. No se han encontrado relaciones significativas con los demás tipos de lesiones, quizás por el número tan pequeño de las mismas.

Así, para los tenistas parece que la historia de lesiones (cuando éstas son musculares, tendinitis, y de carácter moderado) afecta a algunas variables psicológicas, como la capacidad de control del estrés, el manejo de la presión de la evaluación sobre el rendimiento, y la motivación. En este sentido, y en la línea de lo sugerido por Williams y Andersen (1998), en el modelo revisado de estrés y lesión, donde las variables personales (personalidad, historia de factores de estrés y recursos de afrontamiento) manifiestan una relación de bidireccionalidad, las lesiones pueden suponer verdaderos factores de estrés, que estén afectando a determinadas variables psicológicas (motivación) y a los propios recursos de afrontamiento (control del estrés y peor manejo de la evaluación). Esta relación podría incrementar las respuestas de estrés de los tenistas, incrementando la

probabilidad de sufrir lesión.

Los datos encontrados, en la línea de otros trabajos con jugadores de fútbol (Abenza et al., 2008), permiten considerar el sentido de reciprocidad entre los diferentes elementos del modelo de estrés y lesión de Andersen y Williams (1988); si una historia importante de estrés y pocos o inadecuados recursos de afrontamiento, determinan la respuesta de estrés del deportista, incrementando su vulnerabilidad a la lesión, las lesiones sufridas, cuando son moderadas, están afectando a todo el proceso, como verdaderos factores de estrés. La relación entre los factores psicológicos y la vulnerabilidad a la lesión, se ve complementada por la relación entre la historia de lesiones y los factores psicológicos. Existe en la literatura científica evidencia empírica respecto al primer nivel de relación, pero muy poca respecto al segundo.

El estudio de la historia de lesiones, se limita al análisis de la relación entre aquella y la posibilidad de volverse a lesionar. En este sentido, Kucera, Marshall, Kirkendall, Marchak y Garrett (2005), en un estudio con futbolistas jóvenes (chicos y chicas), indicaron que la historia previa de lesiones es un factor relevante en la probabilidad de volverse a lesionar; los futbolistas que habían sufrido una lesión previa, tenían 2.6 veces más probabilidades de lesionarse que los jugadores sin historia previa de lesión. Pero, por lo general, las investigaciones se han centrado en la relación entre factores psicológicos y vulnerabilidad a la lesión, y en la mayoría de los estudios se han utilizado diseños transversales y correlacionales, por lo que no se puede afirmar la relación causa efecto, pero sí se puede observar que determinadas variables psicológicas se relacionan con el número de lesiones sufridas, con la gravedad de estas, y en menor medida con el tipo de lesión.

En definitiva, los resultados de este estudio aportan algunos datos novedosos y muy interesantes. Por un lado, ratifican algunos de los postulados del modelo de estrés y lesión de Williams y Andersen (1998), ya que la historia de lesiones se relaciona con variables psicológicas, concretamente con la motivación, y con habilidades de afrontamiento de los tenistas, como la capacidad de controlar el estrés y el manejo adecuado de la evaluación de su rendimiento. De alguna manera, estos resultados pueden ayudar a entender mejor el posible carácter de reciprocidad de la relación entre estrés-lesiones-estrés. Por otro lado, el mayor número de lesiones han sido musculares y tendinitis, con solo una fractura, a diferencia de lo encontrado por Plum, Staal y Windler (2006) en su revisión, donde la mayoría de las lesiones de los tenistas eran fracturas de estrés y tendinitis, aunque según informan los propios autores existe una gran variabilidad de incidencia del tipo de lesiones en el tenis.

#### **Limitaciones del estudio y sugerencias de futuro**

Aunque consideramos que puede ser importante continuar en esta línea de investigación, es necesario tener en cuenta algunas limitaciones del presente estudio:

1. El tamaño de la muestra es pequeño. Esto hace que el número de lesiones tomadas en cuenta en el estudio sea también pequeño, por lo que puede haber afectado a los análisis estadísticos

realizados, provocando que algunas asociaciones no hayan sido detectadas, así como en las diferencias de medias. Resalta el hecho de que para otros deportes como el fútbol, las lesiones que sí han mostrado asociaciones con variables psicológicas, hayan sido de carácter grave o muy grave (Abenza et al., en prensa), y pensamos que, si se incrementará el tamaño de la muestra en tenistas también sucedería lo mismo, pero este es un trabajo que queda por hacer.

2. Sería muy interesante estudiar, de forma longitudinal, el efecto de la historia de lesiones en determinadas variables psicológicas, y el de éstas sobre las respuestas de estrés del deportista, y el número, tipo y gravedad de lesiones sufridas. En este sentido, sería conveniente, en la línea de lo sugerido por algunos autores (Petrie y Falkstein, 1998), homogeneizar la muestra, aspecto que, en parte se ha conseguido en el presente trabajo, pero se debería de minimizar el rango de la DT en la edad de los tenistas (excesivamente grande en nuestro trabajo), y sobre todo, analizar tenistas del mismo nivel competitivo.
3. La influencia de determinadas variables sociodemográficas, que pueden resultar relevantes, debería de contemplarse en futuros trabajos; como por ejemplo, nivel de estudios, profesión o estado civil.
4. Si la utilización de instrumentos como el *CPRD-f* puede ser muy aconsejable para la evaluación de variables psicológicas en el fútbol, quizás sería conveniente la utilización de instrumentos adaptados específicamente al tenis. Además, también sería de gran ayuda la utilización de otro tipo de instrumentos para el registro de lesiones, no sólo el proporcionado a través de autoinforme por los propios tenistas (hojas de registro cumplimentadas por profesionales del deporte, como fisioterapeutas, recuperadores físicos, etc.).
5. Por último, quizás sería interesante plantear estudios de diseños multivariantes, en los que se pueda estudiar la mediación de determinados aspectos de la personalidad, como por ejemplo la autoestima, la extraversión-introversión, etc.

## REFERENCIAS

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E. y Esparza, F. (2008). Factores psicológicos y riesgo de lesión en futbolistas juveniles. *I Simposium Nacional de Psicología del Deporte, Lesiones deportivas, prevención y rehabilitación*. Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E. y Esparza, F. (en prensa). Lesiones y factores psicológicos en futbolistas juveniles. *Archivos de Medicina del Deporte*.

Ali, M., Marivain, T., Hêas, A. y Boulvais, H. (2006). Analysis of coping strategies used by players of tennis men and women toward a severe athletic injury. *Annales Medico Psychologiques*, 10, 1016.

Andersen, M.B. y Williams, J.M. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306.

Bahr, R. y Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*. 39, 324-329.

Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1995). Estrés y prevención de lesiones deportivas. En J. M. Buceta, y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados*, (pp. 175-230). Madrid, España: Dykinson.

Coddington, R.D. y Troxel, J.R. (1980). The effects of emotional factors on football injury rates – a pilot study. *Journal of Human Stress*, 7, 3-5.

Currens, C.M. (2001). The effect of a structured goal setting program on the compliance rates and hardiness levels of injured individuals in an injury rehabilitation program. *Eugene, OR, Microform Publications*. University of Oregon.

Dahlhauser, M. y Thomas, M. D. (1979). Visual disembedding and locus of control as variables associated with high school football injuries. *Perceptual and Motor Skills*, 49, 254.

Díaz, P. (2001). *Estrés y prevención de lesiones*. Tesis Doctoral no publicada. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Díaz, P., Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (2004). Situaciones estresantes y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio con deportistas de equipo. *Revista de Psicología del Deporte*, 14, 7-24.

Ekstrand, J., Walden, M. y Häggglund, M. (2004). A congested calendar and he well being of players. Correlation between match exposure of European footballers before the World Cup 2002 and their injuries and performances during that world cup. *British Journal of Sport Medicine*, 38, 493-497.

Gimeno, F., Buceta, J.M. y Pérez-Llantada, M.C. (1999). El cuestionario de Características Psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo (C.P.R.D.): Características psicométricas. En López de la Llave, A., Pérez-Llantada, M.C. y Buceta, J.M. (eds), *Investigaciones breves en Psicología del Deporte*, (p. 65-76). Madrid: Dykinson.

Hanson, S., McCullagh, P. y Tonymon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 262-272.

Jackson, D.W., Jarret, H., Barley, D., Kausch, J., Swanson, J.J., & Powell, J.W. (1978). Injury prediction in the young athlete. *American Journal of Sports Medicine*, 6, 6-14.



- Junge, A. (2000). The influence of psychological factors on sports injuries: Review of the literature. *American Journal of Sports Medicine*, 28, 10-15.
- Kerr, G. y Fowler, B. (1988). The relationship between psychological factors and sports injuries. *Sports Medicine*, 6, 127-134.
- Kerr, G. y Minden, H. (1988). Psychological factors related to the occurrence of athletic injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 167-173.
- Kucera, K.L., Marshall, S.W., Kirkendall, D.T., Marchak, P.M. y Garrett, W.E. (2005). Injury history as a risk for incident injury in youth soccer. *British Journal Sport Medicine*, 39, 462-466.
- Labbe, E., Weish, M. C., Coldmith, B. y Hickman, H. (1991). High School cross country runners: Running commitment, health locus decontrol and performance. *Journal of Sport Behavior*, 14(2), 85-91.
- Lysens, R., Auweele, Y.V. y Oystyn, M. (1986). The relationship between psychosocial factors and sports injuries. *Journal of Sports and Medicine Physical Fitness*, 26, 77-84.
- Mahoney, M.J. (1989). Psychological predictors of elite and non-elite performance in olympic weightlifting. *International Journal of Sport Psychology*, 20, 1-12.
- Olmedilla, A., Andreu, M.D., Ortín, F.J. y Blas, A. (2009a). Trait anxiety and injuries: sports factors, types and gravity of injury. *International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2).
- Olmedilla, A., Andreu, M.D., Ortín, F.J. y Blas, A. (2009b). Ansiedad competitiva, percepción de éxito y lesiones: un estudio en futbolistas. *Revista Internacional de Medicina y de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 9(33), 51-66.
- Olmedilla, A., García-Montalvo, C. y Martínez-Sánchez, F. (2006). Factores psicológicos y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 7-19.
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Abenza, L. (2005). Influencia de la evaluación de la ejecución deportiva y lesiones. *Cienciaydeporte.net [revista electrónica]*, 2(1), 1-5. Disponible: [http://www.cienciaydeporte.net/articulo\\_0206\\_1.php](http://www.cienciaydeporte.net/articulo_0206_1.php)
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Abenza, L. (2007). Percepción de los futbolistas juveniles e influencia del trabajo psicológico en la relación entre variables psicológicas y lesiones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 7(2), 75-87.
- Ortín, F.J. (2009). *Factores psicológicos y socio-deportivos y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
- Ortín, F.J., Olmedilla, A., Garcés de los Fayos, E.J. e Hidalgo, M.D. (2008). Locus de control y vulnerabilidad a la lesión en fútbol semiprofesional y profesional. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(2), 101-112.
- Pascual, A. y Aragües, G.M. (1998). Lesiones deportivas y rasgos de ansiedad en los jugadores de fútbol. *Medicina Clínica*, 111(2), 45-48.
- Passer, M. W. y Seese, M. D. (1983). Life stress and athletic injury: Examination of positive versus negative events and three moderator variables. *Journal of Human Stress*, 9, 11-16.
- Petrie, T.A. (1993). The moderating effects of social support and playing status on the life stress-injury relationship. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5, 1-16.
- Pluim, B.M., Staal, J.B. y Windler, G.E. (2006). Tennis injuries: occurrence, aetiology, and prevention. *The American Journal of Sports Medicine*, 40(5), 415-423.
- Rogers, T.J. y Landers, D.M. (2002). Effects of life-event stress and hardiness on peripheral narrowing prior to competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24 (Suppl.), S105.
- Smith, R.E. (2001). Elite Collegiate Female Athletes: A comparison between injured and no injured upper and lower division students athletes on life-stress, competitive trait anxiety, and coping skills. *Humanities and Social Sciences*, 6(11-A), 4288.
- Udry, E. y Andersen, M.B. (2002). Athletic Injury and Sport Behavior. En T. Horn (ed.), *Advances in Sport Psychology*, (pp. 529-553). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Valiant, P.M. (1981). Personality and injury in competitive runners. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 251-253.
- Van Mechelen, W., Twisk, J., Molendijk, A., Bolm, B., Snel, J. y Kemper, H.C. (1996). Subject-related risk factors for sports injuries: A 1 year prospective study in young adults. *Medicine Science and Sports Exercise*, 28(9), 1171-1179.
- Weiss, M.R. (2003). Psychological Aspects of Sport-Injury Rehabilitation: A Developmental Perspective. *Journal Athletic Training*, 38(2), 172-175.
- Williams, J.M. y Andersen, M.B. (1998). Psychological Antecedents of Sport Injury: Review and Critique of the Stress and Injury Model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 5-25.
- Williams, J.M. y Roepke, N. (1993). Psychology of Injury and Injury Rehabilitation. In R. Singer, M. Murphey y L. Tennant (Eds.), *Handbook of Research on Sport Psychology*, (pp. 815-838). New York: MacMillan.

Wittig, A.F. y Schurr, K.T. (1994). Psychological characteristics of women volleyball players: relationships with injuries, rehabilitation, and team success. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 322-330.

## Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿uso o abuso?

Silvia M<sup>a</sup> Villadangos<sup>1</sup> y Francisco J. Labrador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicólogo. Asociación Protégeles

<sup>2</sup>Catedrático. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

---

### RESUMEN

El uso de las Nuevas Tecnologías (NT) por parte de menores genera cierta alarma social debido a su alta frecuencia. No obstante, son escasos los datos disponibles sobre el uso de las NT por éstos, objetivo del presente trabajo. Se estudió una muestra de 1710 menores, con edades entre 12 y 17 años. Los datos señalan una alta frecuencia de uso de las NT por los menores (6,41 horas al día), siendo la TV la más utilizada (97,23%) y durante más tiempo (1,96 horas), y los videojuegos, con un 55,26% de uso, la que menos y durante menos tiempo (0,70 horas). Aparecen diferencias en función del sexo, las mujeres usan más el teléfono móvil e Internet y los hombres videojuegos. También hay diferencias en función de la edad, conforme aumenta ésta se incrementa el uso de Internet y teléfono móvil y disminuye el uso de los videojuegos. Se discuten estos datos.

*Palabras clave:* Menores, nuevas tecnologías, abuso, adicción.

*Recibido:* 10 de mayo de 2009

*Aceptado:* 29 de julio de 2009

---

### INTRODUCCIÓN

Las Nuevas Tecnologías (NT) de la información son un fenómeno relativamente reciente que ha generado importantes cambios en nuestra sociedad y cuyos efectos distan de estar claros. Aunque, sin duda han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas, no parecen estar exentas de problemas o riesgos. Esto ha generado un estado en el que no existe consenso, observándose opiniones dispares y siendo frecuente las posturas alarmistas, como suele ser habitual en estos casos.

Ciertamente, hay una creciente preocupación con respecto, no solo sobre el valor de las NT, sino también sobre el uso que los menores hacen de éstas. No es raro oír que los menores, con frecuencia, hacen un uso descontrolado, inadecuado o incluso adictivo de las NT, si bien no hay referencias con respecto a lo que es un uso controlado o adecuado de éstas. Es más, apenas hay información del uso que los menores hacen de este tipo de herramientas. En resumen, muchas opiniones y escasos datos al respecto, un desequilibrio que es necesario superar.

Lo primero es delimitar qué se entiende por NT. Las NT son una amplia y variada gama de aparatos, instrumentos, herramientas, canales y soportes dedicados al uso, manejo, presentación, comunicación, almacenamiento y recuperación de la información, tanto analógica como digital.

Es fácil asociar las NT con el ordenador, el teléfono móvil o los videojuegos, pero no tanto con la televisión (TV), una de las más pioneras, la más utilizada y probablemente la más impactante de las NT en nuestra sociedad. Su uso generalizado y cotidiano, desde hace años, ha hecho que se la considere como algo “habitual”, y se tenga en poca consideración su capacidad para generar “adicción”. De hecho se acepta como algo “normal” el que todas las personas dediquen varias horas al día, todos los días, a esta actividad.

Las NT han provocado un cambio muy importante en la vida de las personas y en el funcionamiento de la sociedad, pues su utilización afecta a ámbitos muy variados. Es fácil reconocer múltiples aspectos positivos en su uso, entre ellos: que facilitan el acceso a la información de forma inmediata y actualizada, el trabajo, la comunicación con otras personas, conocer mejor nuestro entorno próximo y entornos alejados y remotos, inaccesibles para la mayoría, y en especial el entretenimiento y disfrute del ocio. Pero su uso tiene unas características especiales que no pasan desapercibidas: son omnipresentes, se han introducido prácticamente en todos los hogares y ámbitos laborales, alguna incluso acompañan todo el día a la persona, exigen atención y dedicación casi en exclusiva y además durante importantes períodos de tiempo cotidianos.

Esta dedicación tan importante en tiempo y atención, también está presente en el uso que los menores hacen de ellas. Esto, ha generado una gran alarma en especial, entre padres y educadores, al constatar que muchos menores han disminuido otras actividades (estudiar, leer, salir con amigos, hacer deporte...), consideradas tradicionalmente muy positivas, para dedicar más tiempo a las NT. El no

tener criterios de referencia sobre el tiempo adecuado de uso de las NT dificulta saber hasta qué punto la dedicación por parte de los menores a este tipo de actividades puede ser considerada normal o anormal.

Ciertamente ya se dispone de algunos datos al respecto referidos a España, aunque, son más bien escasos y no siempre fiables, pero pueden servir de referencia al respecto. Se considerarán algunos de ellos.

*Internet:* El estudio de Protégeles para el Defensor del Menor, “Seguridad infantil y costumbres de los menores en Internet” (2002), realizado con niños de entre 10 y 17 años, señala que el 48% se conectaba a Internet a diario, aunque el 65,5% lo hacía durante menos de cinco horas a la semana. Cabe destacar, sin embargo, que un 11% de los menores que reconocen utilizar habitualmente Internet, presenta características como: a) necesidad de conectarse con frecuencia (el 37% de los encuestados), b) frecuencia elevada de conexión: (el 91% se conecta más de 10 horas semanales), c) búsqueda de sensaciones, no sólo de información, (entre los necesitan conectarse con frecuencia, el 33% visita páginas de pornografía, el 40% páginas de violencia...).

En el estudio “Jóvenes, sociedad de la información y relaciones familiares” realizado por el CIS en el año 2002, se señala que en el 56,8% de los hogares españoles, existe al menos un ordenador personal. En referencia a los comportamientos de los hijos menores de 18 años, se constató que el 59,9% de los varones y el 45,4% de las mujeres utilizaban Internet. El 71,8% de los padres reconocía que en su hogar no había normas respecto al uso de esta herramienta. El 40,4% reconoce que, a pesar de que les gustaría saber lo que hacen sus hijos en Internet, les resulta imposible hacerlo.

Pero los datos cambian rápidamente debido a la implantación progresiva de estos instrumentos. Según el informe “Penetración Regional de la Nueva Economía” realizado por Nueva Economía para la Comunidad de Madrid en 2007, el 72,3% de los niños

entre 10 y 14 años son usuarios de la red, y el 47,95% a partir de los 16 años. También hay diferencias importantes por Comunidades, desde el 88,5% en Cataluña, hasta el 68,6% en Cantabria.

En el sondeo sobre la juventud española (CIS, 2007) se observó que el 70,1% de los jóvenes entre 15 y 29 años usaba Internet.

*Telefonía móvil:* Según el informe del Defensor del menor “Seguridad infantil y costumbres de los menores en la telefonía móvil” (2005), disponer de teléfono móvil no precisa que su uso sea principalmente para hacer llamadas. Sólo el 24% lo utiliza para hacer llamadas a diario. El móvil se emplea, principalmente, para mandar SMS (el 50% de los menores lo hace a diario). También se señalan conductas que pueden indicar problemas asociados a su uso: a) el 38% de los menores afirma sentirse mal cuando se ve obligado a prescindir de su móvil, b) el 11% reconoce haber llegado a mentir, engañar e incluso robar dinero a sus padres para recargar el saldo del terminal, c) el 25% reconoce tener un gasto con el teléfono que considera excesivo.

Según el Informe “Penetración Regional de la Nueva Economía” de 2007, el 94,7% de los hogares españoles tenía teléfono móvil y el 58,3% de los menores entre 10-14, aunque con variaciones importantes entre comunidades autónomas, desde el 67,9% de Extremadura, al 50,7% de Cataluña.

En el sondeo sobre la juventud española (CIS, 2007) se comprobó que el 96,1% de los jóvenes entre 15 y 29 años poseía teléfono móvil, un 18,9% más que en el año 2002 (CIS, 2002). El uso más frecuente es el envío de mensajes SMS (32,6%) y las llamadas a amigos (28,1%). Cabe destacar que, el 82,5% de las personas con teléfono móvil afirma tenerlo conectado permanentemente y 57,8% asegura que, en caso de robo o pérdida, se compraría inmediatamente uno nuevo.

*Videojuegos:* los datos disponibles apuntan una importante penetración del uso de videojuegos en menores entre 11 y 19 años (ver tabla 1).

Penetración de videojuegos por edades en 2006	Población total n= 44.108.53	Total Jugadores n= 8.821.706	Jugadores PC	Jugadores Consola	Jugadores T. móvil
De 11 a 13 años	1.303.283	77,0%	53,7%	60,3%	31,0%
De 14 a 16 años	1.358.606	79,4%	59,3%	58,8%	37,1%
De 17 a 19 años	1.458.122	54,9%	37,9%	37,4%	26,6%

Tabla 1: Jugadores por Edades según el Estudio de Hábitos y Usos de los Videojuegos de ADESE (2006).

En este mismo estudio de Adese (2006) se señala que los videojuegos constituyen el 54% del total del ocio audiovisual de jóvenes y adolescente, por delante del cine, la música y las películas de vídeo. También, se observa que este tipo de juegos son una actividad más frecuente entre los hombre que entre las mujeres (85% frente al 52%).

Los datos disponibles del estudio de 2005 de Protégeles para el Defensor del Menor sobre menores (10-17 años) y videojuegos, señalan que: a) el 69% de los menores juega habitualmente con videojuegos, si bien su uso va disminuyendo con la edad, desde el 78% en Primaria, al 73% en el primer ciclo de la ESO, un 65% en el segundo y un 52% en Bachillerato; b) los menores reconocen que este tipo de ocio les quitan tiempo de otras actividades: el 28% reconoce una disminución en el tiempo de estudio, el

21% de estar con la familia y el 15% de salir con los amigos; c) El 14% de los encuestados reconoce estar “enganchado a algún videojuego”, con una diferencia importantes en función del sexo, 7% entre las niñas frente al 21% de los niños.

*Televisión:* La implantación de la TV en la vida de los menores es sin duda muy importante. Los estudios de audiencia (Sofres, Estudio General de Medios...) señalan que los menores españoles ven la televisión una media de 218 minutos al día, sólo sobrepasados en Europa por los menores ingleses, con 228 minutos.

Pero no sólo es elevada la frecuencia de uso de la TV, sino que también, las condiciones en las que la ven los menores son llamativas. En el estudio de la CEACCU (2004) “Sondeo sobre los hábitos de consumo de televisión y de nuevas tecnologías de la

infancia y juventud” sobre una muestra de 900 familias españolas, se observó que: los niños entre 4 y 12 años pasan al año 960 horas en el colegio, prácticamente las mismas horas que ante el televisor; el 31,3% de éstos tienen televisor en sus cuarto; 750.000 niños ven TV después de las 10 de la noche y 20.000 después de las 00:00. Del tiempo total que pasan los niños delante de este aparato solamente un 25% corresponde a programas infantiles. Dos de cada tres padres españoles reconocen abiertamente en el estudio “La Televisión y los niños. Hábitos y comportamientos” (CIS, 2000) que no controlan lo que ven sus hijos. Sólo el 30% de los padres españoles ven siempre o casi siempre la TV con sus hijos.

El consumo de televisión aumenta con la edad: un 79% de los niños menores de 12 años utiliza la herramienta a diario, entre los 7 y los 11 años un 86% y a partir de los 12 años, un 92%. Los datos del CIS (CIS 2000) precisan el número de horas que los menores pasan delante de este aparato: los días laborables, el 44,7% ve la televisión entre 1 y 2 horas, y el 24,1% lo hace entre 2 y 3 horas. Solo el 1,2% no utiliza la herramienta entre semana y solo el 4% lo hace durante más de 4 horas.

Como referencia a posibles problemas con la TV señalar que, en esta encuesta: el 53% de los padres de niños menores de 6 años, el 63% de los que tienen entre 7 y 11 años y el 67% de los mayores de 12 años, consideran que sus hijos ven demasiada o mucha televisión. Según el CIS (2007) el 49,3% de las familias encuestados considera que los niños utiliza este aparato entre mucho y bastante.

Como se desprende de esta revisión, los datos disponibles son escasos, aunque coinciden en señalar que, el uso de las NT es frecuente entre menores y que asociados a su uso se han detectado problemas, incluso por los propios usuarios. También en alguno de estos estudios, se han encontrado diferencias importantes en el uso de las NT en función del sexo y de la edad. Por último, es importante destacar que, los datos cambian rápidamente con el paso del tiempo debido sin duda a la progresiva y rápida implantación de las NT. Con todo, e incluso muchas veces al margen de los datos disponibles, la alarma sobre los problemas derivados del uso de estos instrumentos, especialmente por parte de los más jóvenes, ya está creada. Ciertamente hay datos disponibles en estudios llevados a cabo en otros países. Por ejemplo, en la encuesta nacional de Salud, realizada en México en 2004, se observó que los menores mexicanos pasaban una media de 4 horas delante de la televisión, siendo está la actividad, después de dormir, a la que dedicaban un mayor tiempo. Pero las diferencias tan importantes en los datos disponibles, no aconsejan de momento hacer extrapolaciones a partir de éstos.

De acuerdo con el estado de la cuestión parece importante identificar con precisión cuál es el uso de las NT por los menores y qué valores pueden considerarse, si no “normales”, al menos habituales. Asimismo parece importante establecer las diferencias en el uso de éstas en función de la edad y del sexo. Este es el objetivo del presente trabajo: analizar las conductas de los menores con respecto al uso de las NT.

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En base a todo esto, nos plantemos llevar cabo un trabajo con el objetivo de analizar la frecuencia de uso de las NT (Internet, teléfono móvil, videojuegos y televisión) por parte de los menores.

Se seleccionaron estos cuatro aparatos porque, actualmente, son las NT mas empleadas por los menores y, por lo tanto, las que mas impacto han provocado en ellos.

La hipótesis inicial es que los menores utilizan de forma frecuente este tipo de aparatos aunque de forma distinta en función del sexo, edad y tipo de centro en el cual están escolarizados.

## MÉTODO

### Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 1.710 menores escolarizados en la Comunidad de Madrid. El 40,88% eran mujeres y el 59,12% varones. La edad de los participantes iba desde los 12 a los 17 años (ver tabla 2), con una media de 14,03.

Edad	Número	Porcentaje
12 años	290	16,9
13 años	350	20,5
14 años	370	21,6
15 años	471	27,5
16 años	169	9,9
17 años	60	3,5
<b>Total</b>	<b>1710</b>	<b>100</b>

Tabla 2: Porcentaje de menores de la muestra en función de la edad.

A través de la Asociación Protégeles se seleccionaron 6 centros de diversa titularidad (públicos, privados y concertados) situados en distintas partes de la Comunidad. Uno de los centros era público (11,7% de la muestra total), dos privados (37,1%) y tres concertados (51,1%).

La selección de la muestra se llevó a cabo por conveniencia. A través de la Asociación Protégeles, se solicitó la participación en el estudio a diversos centros de la comunidad de Madrid. La Asociación, contactó con diversos centros en los cuales iban a impartir conferencias durante los meses de enero y febrero del 2008, periodo determinado por los investigadores de este estudio para la aplicación de la prueba. Además de solicitarles su colaboración, se le explicaba al director del centro los objetivos del estudio.

### Instrumentos de evaluación

Se diseñó un instrumento de evaluación específico: el *Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones (DENA)* (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008). El cuestionario, tras recoger los datos de edad, sexo y centro de estudio, se divide en 6 apartados. Los dos primeros recogen información sobre la frecuencia de uso de las NT y sobre la percepción subjetiva de posibles problemas derivados de su utilización. Los cuatro siguientes se refieren, de forma específica, a cada una de las NT estudiadas: Internet, Teléfono móvil, Videojuegos y Televisión. En el anexo I se incluye un modelo del cuestionario.

### Procedimiento

En un primer momento, tras su diseño por un grupo de expertos, se realizó una prueba piloto del cuestionario. Se aplicó el cuestionario a una muestra de 140 sujetos de ambos sexos y diversas edades. A partir del análisis de estos resultados, no se consideró necesario modificar los ítems, pero sí incluir una serie de pautas para facilitar la realización de la prueba.

Posteriormente, el instrumento fue aplicado en los centros escolares señalados por tres psicólogos previamente entrenados para ello. La aplicación fue colectiva, aunque cada uno de los alumnos respondía de forma individual a su cuestionario.

### RESULTADOS

Los datos fueron analizados a través del Social Sciences (SPSS-15). En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, para identificar las características

generales de la muestra de estudio. Posteriormente, se analizaron las puntuaciones del cuestionario obteniéndose los siguientes resultados:

**Frecuencia de uso de las NT:** Todas las NT consideradas presenta una frecuencia de uso elevada entre los menores, superando en todos los casos el 55% al considerar conjuntamente las categorías “con frecuencia y siempre”. De entre todas ellas, la televisión es la herramienta más utilizada, 97,23% de los encuestados reconoce utilizarla con frecuencia o siempre, seguida de Internet (87,43%) y Teléfono móvil (80,81%), mucho más atrás queda la frecuencia de uso de los videojuegos (55,26%). Estas diferencias se agrandan si se considera sólo la puntuación en la máxima categoría (siempre) (ver tabla 3).

	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Internet</b>	51	2,98	164	9,59	779	45,56	716	41,87
<b>Videojuegos</b>	271	15,85	494	28,89	774	45,26	171	10,00
<b>T. Móvil</b>	162	9,47	166	9,71	446	26,08	936	54,73
<b>Televisión</b>	10	0,58	37	2,16	311	18,19	1352	79,06

**Tabla 3:** Frecuencia de uso de las Nuevas Tecnologías

Al considerar la variable **sexo** aparecen diferencias significativas, las mujeres presentan valores significativamente superiores a los varones en

Internet y teléfono móvil, pero inferiores en el uso de videojuegos. No hay diferencias en la frecuencia de utilización de la televisión (ver tabla 4).

	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Internet</b>								
Mujeres	9	1,29	53	7,58	322	46,06	315	45,06
Varones	42	4,15	111	10,98	458	45,30	400	39,56
<b>Videojuegos</b>								
Mujeres	220	31,47	294	42,06	169	24,18	16	2,29
Varones	51	5,04	201	19,88	604	59,74	155	15,33
<b>T. móvil</b>								
Mujeres	44	6,29	46	6,58	160	22,89	449	64,23
Varones	118	11,67	120	11,87	286	28,29	487	48,17
<b>Televisión</b>								
Mujeres	3	0,43	9	1,29	140	20,02	547	78,25
Varones	7	0,69	28	2,77	171	16,91	805	79,62

**Tabla 4:** Frecuencia de uso de las NT en función del sexo

En la frecuencia de uso en función de la **edad**, también aparecen diferencias. Hay una correlación positiva entre edad y uso de Internet y

teléfono móvil, y negativa entre edad y videojuegos. En el uso de la TV no aparecen diferencias (ver tabla 5).

	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Internet</b>								
12 años	12	4,13	43	14,83	173	59,65	62	21,38
13 años	15	4,28	39	11,14	171	48,86	125	35,71
14 años	14	3,78	35	9,46	166	44,86	155	41,89
15 años	7	1,47	34	7,22	180	38,22	250	53,08
16 años	2	1,18	10	5,92	68	40,24	89	52,66
17 años	1	1,67	3	5,00	22	36,67	34	56,67
<b>Videojuegos</b>								
12 años	19	6,55	92	31,72	152	52,41	27	9,31
13 años	32	9,14	89	25,43	192	54,86	36	10,28
14 años	76	20,54	118	31,89	143	38,65	33	8,92
15 años	98	20,81	120	25,48	196	41,61	57	12,10

	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
16 años	34	20,12	56	33,14	69	40,83	10	5,92
17 años	12	20	20	33,33	21	35,00	7	11,67
<b>T. móvil</b>								
12 años	60	20,69	48	16,55	96	33,10	86	29,65
13 años	46	13,14	35	10,00	107	30,57	162	46,28
14 años	29	7,84	29	7,84	83	22,43	229	61,89
15 años	21	4,46	40	8,49	117	24,84	293	62,21
16 años	6	3,55	11	6,51	33	19,53	119	70,41
17 años	0	---	3	5,00	10	16,67	47	78,33
<b>Televisión</b>								
12 años	1	0,34	11	3,79	59	20,34	219	75,52
13 años	2	0,57	5	1,43	74	21,14	269	76,86
14 años	2	0,54	3	0,81	67	18,11	298	80,54
15 años	1	0,21	11	2,33	74	15,71	385	81,74
16 años	2	1,18	6	3,55	27	15,98	134	79,29
17 años	2	3,33	1	1,67	10	16,67	47	78,33

Tabla 5: Frecuencia del uso de las Nuevas Tecnologías en función de la edad

	Correlación	Valor de T	Nivel de significación
Internet	0,23	9,77	0,001*
Videojuegos	-0,11	-4,79	0,001*
Teléfono móvil	0,28	12,13	0,001*
Televisión	0,04	1,75	0,081

**Tiempo de uso de las NT:** El promedio de horas dedicadas al uso de las NT es elevado (ver tabla 6). En total, cada día, los menores entre 12 y 17 años dedican una media de 6,51 horas, con escasas diferencias en función del sexo (6,40 las mujeres y 6,52 los varones). Si exceptuamos el tiempo dedicado a Internet, que quizá en algunos momentos puede estar dedicado a las tareas escolares, el número de horas sigue siendo elevado (4,91 total: 4,78 las

mujeres y 4,94 los varones). En todos los casos la televisión es la herramienta que presenta mayor tiempo de uso al día.

Hay diferencias significativas en función del **sexo**, lo mismo que en el caso de la frecuencia, las mujeres usan más que los varones Internet y teléfono móvil, pero menos los videojuego, sin que haya diferencias en el uso de la televisión.

	Internet		Videojuegos		T. Móvil		Televisión		Total NT
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Media
<b>Total</b>	1,60	0,95	1,30	0,70	1,65	1,27	1,96	1,08	6,51
Mujeres	1,62	0,91	1,09	0,33	1,79	1,37	1,90	1,06	6,40
Varones	1,58	0,97	1,41	0,80	1,54	1,17	1,99	1,08	6,52

Tabla 6: Numero medio de horas al día dedicadas al uso de NT

	Valor de $\chi^2$	Grados de libertad	Nivel de significación (bilateral)
<b>Internet</b>	12,65	5	0,03*
<b>Videojuegos</b>	75,63	5	0,001*
<b>Teléfono móvil</b>	34,79	5	0,001*
<b>Televisión</b>	4,73	5	0,45

También aparecen diferencias significativas en el uso de la NT en función de la **edad**. En general,

el uso de las NT aumenta con la edad de los menores, excepto en el caso de los videojuegos (ver tabla 7).

	Internet		Videojuegos		T. móvil		Televisión	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds
<b>12 años</b>	1,31	0,66	1,31	0,71	1,26	0,81	1,88	1,12
<b>13 años</b>	1,44	0,78	1,28	0,64	1,65	1,32	1,90	1,06
<b>14 años</b>	1,62	0,91	1,24	0,56	1,67	1,24	1,90	1,05
<b>15 años</b>	1,75	1,10	1,35	0,79	1,57	1,17	1,97	1,01
<b>16 años</b>	1,78	1,03	1,31	0,77	2,05	1,54	2,11	1,14
<b>17 años</b>	2,03	1,13	1,28	0,67	2,49	1,72	2,47	1,27

Tabla 7: Numero medio de horas al día en función de la edad

	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Nivel de significación
<b>Internet</b>	59,62	5	13,78	0,001*
<b>Videojuegos</b>	2,16	5	0,89	0,49
<b>Teléfono móvil</b>	108,53	5	14,10	0,001*
<b>Televisión</b>	23,27	5	4,05	0,001*

**Lugar más frecuente de uso de las NT:** El propio hogar es el lugar de uso más frecuente de este tipo de herramientas.

En todos los casos, con una media superior al 90%: Internet (92,38%); videojuegos (95,93%); teléfono móvil (98,28%) y televisión (97,24%).

Teniendo en cuenta estos elevados valores no tiene mucho sentido exponer los datos referidos a otros lugares de utilización de NT, sólo señalar su escasa relevancia. No obstante es de destacar que en el uso de Internet, conforme avanza la edad, es más frecuente su uso fuera de casa. (ver tabla 8).

	Casa		Ciber		Otros	
	N	%	N	%	N	%
12 años	270	96,08	4	1,42	7	2,49
13 años	304	89,94	19	5,62	15	4,44
14 años	335	93,84	8	2,24	14	3,92
15 años	438	94,19	18	3,87	9	1,93
16 años	146	86,90	11	6,55	11	6,55
17 años	48	81,36	10	16,95	1	1,69

**Tabla 8:** Lugar más frecuente de conexión a Internet en función de la edad.

## DISCUSIÓN

Los datos provienen de una muestra amplia, aunque su selección limita la generalización de los resultados. No obstante los resultados obtenidos permiten una visión relativamente completa del uso de las NT por parte de los menores (12-17 años) escolarizados en la Comunidad de Madrid.

Lo primero a destacar es que *el uso de NT es muy frecuente*. Más del 80% afirma usar Internet y el teléfono móvil “con frecuencia” o “siempre”, y en menor medida los videojuegos. No obstante, la televisión es la NT más utilizada: el 97,25% la emplean “con frecuencia” o “siempre”. El 79,06% la usan “siempre”, cifra que casi dobla, en esa categoría, al uso de teléfono móvil e Internet. En el lado contrario, los videojuegos son los menos utilizados, aunque el 55,26% puntúa en esas dos categorías máximas. Los porcentajes de participantes que no usan nunca las NT son realmente escasos, en especial en Internet (3%) y televisión (0.5%). En comparación con datos previos, los porcentajes de uso de las NT son especialmente elevados. Esto puede deberse, por un lado, a que son datos más recientes y, por lo tanto, reflejan la tendencia actual de un mayor uso de este tipo de instrumentos a nivel general. Por otro lado, la extracción social de los participantes, probablemente algo superior a la media.

En función de sexo se presentan diferencias, (más uso de Internet y móvil en mujeres, y menos videojuegos), aunque éstas no son especialmente significativas. Los datos de investigaciones previas (Protégeles, 2002, 2005; Aftab, 2005), aunque similares, señalaban diferencias mayores entre sexos, es probable que conforme aumentan las tasas de uso de las NT se vayan reduciendo estas diferencias por efectos de techo.

También hay diferencias en función de la edad, aumentando al menos 2,5 veces el uso de Internet y Móvil conforme se incrementa ésta. El cambio más importante en la frecuencia de utilización de estas dos tecnologías, aparece entre los 14 y 15 años.

La frecuencia de uso de la televisión no presenta diferencias ni en función del sexo ni de la edad. Esto puede deberse al uso cotidiano de esta herramienta en todas las edades y, en consecuencia, la presencia de importantes “efectos de techo”. En todos los casos, los valores son casi máximos, por lo

que existe poco margen para las diferencias. Esto coincide con lo señalado en la introducción, de que la utilización de este instrumento se ha convertido en algo tan habitual que se da por sentado que debe hacerse y durante varias horas al día.

El tiempo medio invertido en el uso de NT es también elevado: en promedio 6,51 horas al día, más de una cuarta parte del tiempo. Aunque la televisión es lo que más emplean (1,96 horas), también son importantes los tiempos dedicados a teléfono móvil (1,65 horas), Internet (1,60 horas) y videojuegos (1,30 horas). Los datos obtenidos son similares a los presentados por investigaciones recientes realizadas en diversos puntos de España (ADESE, 2006; Nueva Economía, 2007), lo que quizá señala ya se está reduciendo el crecimiento y las cifras de uso se acercan a los valores máximos esperados.

Los menores utilizan las NT en su propio hogar, incluso en el caso del teléfono móvil, lo que parece un contrasentido. Esto supone que van a estar más en su casa y van a reducir, entre otras, sus actividades sociales e interpersonales. Las NT, al usarse en casa, están ocupando períodos de tiempo dedicados a interacciones fuera de ésta. De hecho los datos parecen apuntar en esta dirección, en el trabajo de Protégeles (2002) el 84% de los jóvenes que se conectaban a Internet lo hacían en su casa, en este estudio el porcentaje ha aumentado hasta el 92,3%. Es de esperar que, según vaya aumentando el número de hogares con conexión a Internet, estas cifras continúen incrementándose. Por otro lado, una parte importante del uso de NT es para conectarse con otras personas, lo que indica que cada vez será más frecuente la conexión interpersonal “virtual” o mediada por NT y menos la directa, haciendo también que la distancia de los interlocutores ya no supongan barreras a la comunicación.

El hecho de que el uso del teléfono móvil se realice mayoritariamente en casa, probablemente pone de relieve bien, que se usa fundamentalmente para otras actividades distintas a las de la comunicación (oír música, jugar, como agenda...), bien lo ya señalado de cambio de la comunicación personal a la mediada por NT.

Una vuelta más en esta dirección del aislamiento individual puede estar reflejada en el hecho de que la TV vaya perdiendo fuerza como motivo de reunión familiar. La presencia de más de un aparato en la casa es algo frecuente y, con ello, la



visión de distintos programas simultáneamente, con reparto entre ellos de los miembros de la familia. El que cada vez sea más frecuente la TV en la habitación de los menores también parece corroborar esta idea. Los datos apuntan en esa dirección, en el año 2004, el 12% de los menores veía la televisión en su habitación, (CEACCU, 2004), en nuestro estudio esta cifra ha aumentado hasta el 21,67%. En resumidas cuentas, sí parece que la NT pueden contribuir a un mayor aislamiento social o a una mayor independencia personal. Los datos confirman que la alarma al respecto es fundada, pero la cuestión central dista de estar respondida: ¿Esto es positivo o negativo?...

## CONCLUSIONES

1. Los menores utilizan las nuevas tecnologías de forma frecuente y regular: se conectan a Internet una media de 1,60 horas al día, juegan a los videojuegos 1,30 horas al día, utilizan el teléfono móvil 1,65 horas al día y ven la televisión una media de 1,96 horas al día. Lo que hace un promedio de 1,63 horas diarias empleadas en el uso de nuevas tecnologías.
2. La televisión es el instrumento más utilizado por los menores, seguido de Internet, el teléfono móvil y en último lugar los videojuegos.
3. Los menores utilizan las Nuevas Tecnologías fundamentalmente en su propio hogar: el 92,38% se conecta a Internet desde su casa, solo el 4,20% utiliza los Cibercentros para ello.
4. La tendencia a hacer uso de este tipo de instrumentos en el propio hogar, aumenta con el tiempo, lo cual demuestra que las Nuevas Tecnologías están cada vez más presentes en los hogares.
5. El uso de las nuevas tecnologías es diferente en función del sexo. Las mujeres utilizan más Internet y el teléfono móvil, mientras que los varones dedican más tiempo a los videojuegos.
6. En función de la edad, también se han encontrado diferencias significativas respecto a la frecuencia de uso de las nuevas tecnologías. Los videojuegos son más utilizados por los más pequeños, mientras que el tiempo dedicado a Internet y al teléfono móvil aumenta con la edad.
7. Los menores de centros públicos utilizan con mayor frecuencia el teléfono móvil. Los videojuegos son especialmente utilizados por los menores de centros concertados, los cuales hacen un menor uso de Internet en comparación con los otros grupos.

## REFERENCIAS

Aftab, P. (2005). *Internet con los menores riesgos*. Observatorio Vasco de la Juventud.

Asociación Española de Editores y Distribuidores de Software de entretenimiento (Adese) (2006). Estudio de Hábitos y Usos de los Videojuegos. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.adese.es/pdf/InformeOMNIBUS\\_2006.pdf](http://www.adese.es/pdf/InformeOMNIBUS_2006.pdf)

CEACCU (2004). Televisión para los niños 2004.

Recuperado el 12 de junio de 2008, de <http://www.ceaccu.org/Notas-de-Prensa/Presentacion-del-informe-Television-para-los-ninos-2004.html>

CEPREDE (2008). Penetración Regional de la Nueva Economía. Resumen del informe anual. Consejería de Economía y Consumo de la Comunidad de Madrid. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.n-economia.com/informes\\_neconomia/pdf/penetracion\\_regional/diptico\\_prne.pdf](http://www.n-economia.com/informes_neconomia/pdf/penetracion_regional/diptico_prne.pdf)

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas: (2000). Estudio CIS nº 2391: La televisión y los niños: Hábitos y comportamientos. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2380\\_2399/Es2391.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2380_2399/Es2391.pdf)

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas: (2007). Estudio CIS nº 2472: Jóvenes, sociedad de la información y relaciones familiares. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2460\\_2479/Es2472mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2460_2479/Es2472mar.pdf)

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas: (2007). Estudio CIS nº 2703. Sondeo sobre la Juventud española 2007 (Segunda Oleada). Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2700\\_2719/2703/Ft2703.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2700_2719/2703/Ft2703.pdf)

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas: (2007). Estudio CIS nº 2705. Baremo de Mayo 2007. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2700\\_2719/2705/Ft2705.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2700_2719/2705/Ft2705.pdf)

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas: (2008). Estudio CIS nº 2771. Baremo de Septiembre 2008. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2760\\_2779/2771/Ft2771.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2760_2779/2771/Ft2771.pdf)

Defensor del Menor (2006). Informe Anual 2006. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: <http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/informes/informeAnual2006.pdf>

Protégeles (2002). Seguridad Infantil y costumbres de los menores en Internet. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: <http://www.protegeles.com/costumbres.asp>

Protégeles (2002). Cibercentros y Seguridad Infantil en Internet. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: <http://www.protegeles.com/cibercentro.asp>

Protégeles (2005). Seguridad infantil y costumbres de los menores en el empleo de la telefonía móvil. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: <http://www.protegeles.com/telefonía.asp>

Sofres (2007). Anuario de Audiencia de televisión. Recuperado el 12 de junio de 2008 de: [http://www.tns-global.es/docs\\_audiencia/audiencia\\_50.pdf](http://www.tns-global.es/docs_audiencia/audiencia_50.pdf)

**Anexo 1:**

**CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE NUEVAS ADICCIONES (DENA) Labrador, Becoña y Villadangos**

<b>PAUTAS PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO</b>	
1.	Leer atentamente cada las preguntas y responder a cada una de ellas marcando con una cruz la casilla que mejor identifica mi comportamiento.
2.	El cuestionario es anónimo. Como datos personales, solo hay que poner la edad y el sexo (v: varón y m: mujer).
3.	En las preguntas 1 y 2 es imprescindible responder a cada uno de los apartados.
4.	Las preguntas 3, 4, 5 y 6 solo se responden si corresponde, es decir, si la tecnología a la que aluden si utiliza. (Por ejemplo, si una persona no juega nunca a los videojuegos, todas los apartados de la pregunta 4 quedarían en blanco)
5.	En el apartado 1 de las preguntas 3, 4, 5 y 6, que hace referencia al lugar en el que se emplean los aparatos, hay que responder solo a una opción: el lugar donde es más frecuente su uso. (Por ejemplo: si una persona ve la televisión en distintas partes de la casa, debe de señalar aquel lugar donde pasa más tiempo viéndola)
6.	En los apartados 3 de las preguntas 3, 4, 5 y 6, que hacen referencia al tiempo de uso, hay que tener en cuenta que el 1 abarca el período de tiempo entre nada y 1 y así sucesivamente.
7.	En las preguntas referentes al tiempo, hay que señalar el tiempo que suele ser habitual, sin tener en cuenta excepciones de situaciones o de días determinados.
8.	El tiempo de uso del móvil, no solo hace referencia al tiempo en el que se está hablando, sino también al tiempo en el que se usa para mandar mensajes, o se está atento de recibir respuesta a ellos y también al tiempo que se emplea para jugar a sus juegos o conectarse a Internet.
9.	En el tiempo de uso hay que señalar el tiempo total, incluso aquel que ocurre mientras se está utilizando el aparato y haciendo otra actividad. (por ejemplo: si mientras se cena se está viendo la televisión, el tiempo de la cena hay que incluirlo en las horas dedicadas a ver este aparato).
10.	En la pregunta 5.2. que hace referencia la persona que se hace cargo del gasto del teléfono móvil, hay que señalar aquella que lo hace normalmente, sin tener en cuenta recargas excepcionales, y que paga una mayor cantidad de dinero.

**Sexo:** V..... M:.....

**Edad:** .....

1. Indica la frecuencia con la que realizas las siguientes actividades:

	Nunca	Alguna vez al mes	Alguna vez a la semana	Todos los días
Utilización de Internet...				
Jugar con videojuegos...				
Ir al ciber...				
Teléfono móvil...				
Televisión...				

2. Indica si alguna de de las siguientes actividades te causa problemas porque le dedicas exceso de tiempo, tienes discusiones debido a ellas con tus padres, gastas demasiado dinero en ella o te encuentras en parte enganchado a ella:

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Utilización de Internet...				
Jugar con videojuegos...				
Ir al ciber...				
Teléfono móvil...				
Televisión...				

**3. USO DE INTERNET**

3.1. ¿Dónde utilizas Internet? Casa..... Ciber..... Otros.....

3.2. ¿Cuántas horas dedicas a Internet a la semana? Entre 1-2... Entre 2-5... Entre 5-10... Mas de 10...

3.3. ¿Cuántas horas dedicas a Internet al día? 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
3.4. ¿Dedicas más tiempo del que crees necesario a Internet?				
3.5. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes utilizar Internet queriendo hacerlo?				
3.6. ¿Estás pensando desde horas antes de conectarte a Internet en ello?				
3.7. ¿Tienes discusiones con tus amigos por la utilización de Internet?				
3.8. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas a utilizar Internet?				
3.9. ¿Has dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar conectado a Internet?				
3.10. ¿Alguna vez has intentado desconectarte de Internet y no lo has conseguido?				
3.11. ¿Te relaja navegar por Internet?				
3.12. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que estuviste conectado a Internet?				

**4. USO DE VIDEOJUEGOS**

- 4.1. ¿Dónde juegas con videojuegos? Casa..... Ciber..... Otros.....  
 4.2. ¿Cuántas horas dedicas a los videojuegos a la semana? 1-2... Entre 2-5... Entre 5-10... Mas de 10...  
 4.3. ¿Cuántas horas dedicas a los videojuegos al día? 1..... 2.....3..... 4.....5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
4.4. ¿Dedicas más tiempo del que crees necesario a los videojuegos?				
4.5. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes jugar a los videojuegos?				
4.6. ¿Estás pensando desde horas antes de jugar con los videojuegos?				
4.7. ¿Tienes discusiones con tus amigos por el tiempo que dedicas a los videojuegos?				
4.8. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas a jugar a los videojuegos?				
4.9. ¿Has dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar jugando a los videojuegos?				
4.10. ¿Alguna vez has intentado dejar de jugar y no lo has conseguido?				
4.11. ¿Te relaja jugar a los videojuegos?				
4.12. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que jugaste?				

**5. USO DE TELÉFONO MÓVIL**

- 5.1. ¿Dónde? En mi habitación..... En el colegio..... En el salón de casa.....  
 5.2. ¿Quién lo paga? Mis padres..... Yo, con mi dinero..... Otros.....  
 5.3. ¿Cuántas horas dedicas al móvil a la semana? Entre 1-2...Entre 2-5... Entre 5-10... Mas de 10...  
 5.4. ¿Cuántas horas dedicas al móvil al día? 1..... 2.....3..... 4.....5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
5.5. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes usar el teléfono móvil?				
5.6. ¿Estás pensando desde horas antes de usar el móvil?				
5.7. ¿Tienes discusiones con tus amigos por el tiempo que dedicas a los móviles?				
5.8. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas al móvil?				
5.9. ¿Alguna vez has intentado dejar de usar el móvil y no lo has conseguido?				
5.10. ¿Te relaja usar el móvil?				
5.11. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que usaste el móvil?				
5.12. ¿Consultas el móvil por si te ha llamado o escrito alguien?				

**6. USO DE TELEVISIÓN**

- 6.1. ¿Dónde sueles ver la televisión? En mi habitación..... En el salón de casa..... Otros.....  
 6.2. ¿Cuántas horas dedicas a la televisión a la semana? 1-2...Entre 2-5...Entre 5-10... Mas de 10...  
 6.3. ¿Cuántas horas dedicas a la televisión al día? 1..... 2.....3..... 4..... 5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
6.4. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes ver la televisión?				
6.5. ¿Estás pensando desde horas antes de ver la televisión?				
6.6. ¿Tienes discusiones con tus amigos por el tiempo que dedicas a la televisión?				
6.7. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas a ver la televisión?				
6.8. ¿Has dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar viendo la tele?				
6.9. ¿Alguna vez has intentado dejar de ver la televisión y no lo has conseguido?				
6.10. ¿Te relaja ver la televisión?				
6.11. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que viste la televisión?				
6.12. ¿Solo ves en la televisión aquellos programas que te resultan interesantes?				



## Revisión y análisis de los programas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad

M<sup>a</sup> Ángeles Flórez García<sup>1</sup>, Antonio León Aguado Díaz<sup>2</sup>,  
M<sup>a</sup> Ángeles Alcedo Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctora en Psicología. Experta en discapacidad

<sup>2</sup>Doctor/a en Psicología. Profesor/a Titular. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

---

### RESUMEN

En este artículo se revisan varios programas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad y las técnicas utilizadas en su implementación. Esta revisión recoge aquellos programas realizados en entornos educativos entre los años 1972 y 2009, y reseñados en las siguientes fuentes documentales: la plataforma de búsqueda integrada Web of Knowledge, y las plataformas de bases de datos y revistas electrónicas CSIC, Dialnet, Eric, Psycinfo, Psycodoc y Scopus. La mayor parte de estos programas utilizan, bien de forma aislada o combinada, distintas estrategias, siendo las más frecuentes el contacto con personas con discapacidad, la información sobre temas relacionados con dicha población, las experiencias no académicas en pequeños grupos, los equipos de trabajo cooperativo, el entrenamiento en habilidades interpersonales, la simulación de discapacidades y los programas de tutoría.

Los resultados de la revisión muestran que el contacto e información, así como los equipos de trabajo cooperativo, son las técnicas más eficaces para el cambio hacia actitudes más positivas. Sin embargo, también aparecen importantes limitaciones metodológicas en muchos de los programas revisados que restringen el alcance de las conclusiones y resultados obtenidos. Estas limitaciones hacen referencia principalmente a: i) carencia de seguimiento, tan sólo doce de los sesenta y tres programas de cambio de actitudes revisados han llevado a cabo algún tipo de seguimiento, ii) utilización de técnicas de medida sin estudios psicométricos previos y iii) y diseños experimentales inadecuados.

*Palabras clave:* Actitudes, actitudes hacia la discapacidad, cambio de actitudes, discapacidad, evaluación, intervención.

*Recibido:* 14 de mayo de 2009

*Acceptado:* 15 de octubre de 2009

### INTRODUCCIÓN

El interés por modificar las actitudes de la población general hacia las personas con discapacidad y las investigaciones encaminadas a aportar métodos eficaces para su consecución surgen en la década de los setenta de la pasada centuria dentro del entorno anglosajón, en el contexto de lo que Aguado (1995) denomina las *décadas prodigiosas*. El auge de la psicología comunitaria y la filosofía del principio de normalización potencian su abordaje. En el contexto español no es hasta la década de los ochenta cuando se empieza a trabajar en el ámbito de la evaluación y cambio de actitudes. La importancia del tema radica en el hecho de que las actitudes de los compañeros y pares de las personas con discapacidad tienen un efecto importante no sólo

en el desarrollo del autoconcepto del propio sujeto con discapacidad, sino también en su proceso de socialización. Es más, dichas actitudes, cuando son negativas, constituyen una de las principales barreras en la integración social de este colectivo. La mayoría de las investigaciones, centradas fundamentalmente en el análisis de las actitudes en el contexto escolar, confirman que éstas van mejorando paulatinamente pero aún persisten muchos prejuicios y estereotipos que dan lugar a actitudes de rechazo y marginación hacia los niños con discapacidad (Aguado, Flórez y Alcedo, 2003, 2004; Almazán, 2003; González, 2008; Hughes et al. 2001; Krahe y Altwasser, 2006; Manetti, Schneider y Siperstein, 2001; Piercy, Wilton y Townsend, 2002; Shevlin y O'Moore, 2000). No conviene olvidar la decisiva importancia que estas actitudes negativas tienen en el proceso de integración escolar de estos niños. Se ha comentado y reiterado con frecuencia que el éxito de la inclusión educativa de los niños con discapacidad depende tanto o más de las actitudes de compañeros y profesores que del diseño de un currículum bien adaptado (Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Navas, Torregrosa y Mula, 2004; Rillota y

Nettelbeck, 2007). La persistencia de tales actitudes negativas podría ser en parte explicativa del dato constatado de que la inclusión educativa de los niños con discapacidad no está obteniendo los resultados positivos esperados, tanto en lo relativo a rendimiento en las áreas del currículo como en participación, entendida ésta en su aspecto relacional y de autoestima (Hogan, McLellan y Bauman, 2000; Llewellyn, 2000; Piel, 2007). Los alumnos en ámbitos de inclusión educativa se enfrentan a un mayor riesgo de rechazo, manifiestan no estar satisfechos con sus experiencias y vivencias en los centros a los que acuden y perciben actitudes cargadas de estereotipos y prejuicios (Echeita, 2009). Asimismo, el éxito de la inclusión educativa también queda cuestionada a la luz de los datos recogidos en el Libro Blanco sobre Universidad y Discapacidad (Peralta, 2007), ya que tan sólo un 1% de los estudiantes con discapacidad alcanza los niveles educativos anteriormente inmediatos a la universidad. Se alude a conceptualizaciones y actitudes erróneas como responsables de los cambios lentos, resistencias y, en ocasiones retrocesos, del proceso de la educación inclusiva. Y este proceso, impregnado fundamentalmente de principios y valores, requiere que la sociedad asuma que lo importante es el cambio de actitudes, cambio que se conseguirá incrementando el espacio y las oportunidades de convivencia en la escuela y en la comunidad (Giné, 2004; Nikolaraizi et al. 2005).

La posibilidad de modificar y lograr este cambio hacia actitudes positivas a través de programas e intervenciones específicas ya cuenta con soporte empírico. La modificación y cambio es más factible cuando no se potencia el lado negativo y lastimero de la discapacidad, sino el lado positivo de ajuste y las posibilidades de las personas con discapacidad. Varias son las técnicas reseñadas en la bibliografía especializada como estrategias útiles y eficaces para conseguir tales cambios, aunque no todas ellas cuentan con el mismo apoyo empírico. Sin embargo, y pese a la relevancia del tema dado su papel decisivo en la consolidación de los principios de igualdad de oportunidades y de integración, la implementación de este tipo de programas y la valoración de sus resultados, aún sigue siendo una asignatura pendiente. Precisamente, el objetivo de este artículo se centra en la revisión de estos programas de cambio de actitudes, de forma que conozcamos en qué ámbitos se desarrollan, a qué población van dirigidos, qué tipo de estrategias y técnicas resultan más eficaces, cuáles son los análisis de datos que se realizan, etc. Esta información resulta necesaria a la hora de planificar actuaciones e intervenciones dirigidas a la plena integración y normalización de las personas con discapacidad en cualquiera de los ámbitos de su vida, incluido, sin duda, el escolar, primera y decisiva etapa de ese proceso de inclusión.

Para la realización de esta revisión se han consultado las siguientes fuentes: la plataforma de búsqueda integrada Web of Knowledge, y las plataformas de bases de datos y revistas electrónicas CSIC, Dialnet, Eric, Psycinfo, Psycodoc y Scopus. Como descriptores se utilizaron, de forma aislada y/o combinados entre sí los términos discapacidad, actitudes, cambio, modificación, programa, escolar,

escuela, evaluación e intervención, y sus equivalentes en inglés: disability, attitudes, change, program, education school, assessment and intervention. Se han revisado un total de sesenta y tres programas implementados entre los años 1972 y 2009. La elección de este período responde al hecho de que es en la década de los setenta cuando comienzan a aparecer las primeras publicaciones sobre el tema. Pese al extenso lapso temporal revisado, y dado que no son muchos los artículos encontrados, la selección de los mismos no ha sido complicada. Sólo se han eliminado diez programas cuyas limitaciones metodológicas, principalmente ausencia de información acerca del tipo de diseño, de la muestra utilizada, de los instrumentos de evaluación empleados, etc., restringían el alcance y significado de los resultados.

## TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Los programas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad revisados utilizan varios métodos para conseguir un cambio hacia actitudes positivas. En concreto, ocho tipos de técnicas, en ocasiones combinadas algunas de ellas, aparecen recogidas en los programas que se exponen a continuación. Las tablas resumen que agrupan dichos programas aportan información acerca del tipo de estudio (autores, año y tamaño de la muestra), la técnica de cambio utilizada como estrategia para modificar actitudes y los años y/o niveles de escolarización de los sujetos participantes, las técnicas de evaluación empleadas como medidas del cambio y el tipo de diseño, los análisis de datos realizados y, por último, las principales conclusiones y resultados. Conviene precisar que los datos que se muestran en la columna “conclusiones” hacen referencia a resultados estadísticamente significativos, salvo que se especifique lo contrario en aquellos que así lo requieran.

### 1. Contacto con personas con discapacidad

Esta técnica posibilita a través de un contacto programado, es decir, contacto directo con el objeto de actitud, por tanto, persona o personas con algún tipo de discapacidad, el intercambio de experiencias y vivencias previamente planificadas, p.e., sesiones de juego, charlas y coloquios, salidas y excursiones, etc. Los estudios revisados (**cuadro 1**) muestran que, en general, el contacto es una técnica potente para provocar el cambio hacia actitudes más positivas. Las puntuaciones en el grupo experimental mejoran y adquieren significación estadística en los análisis inter e intragrupo. A este hecho hay autores que añaden matizaciones. Así, Evans (1976) afirma que dicho contacto ha de ser muy estructurado, o lo que es lo mismo, el tipo de actividad y el momento y lugar del contacto están previamente planificados y se realiza un control muy exhaustivo de la interacción. Por otra parte, Manetti, Schneider y Siperstein (2001) concluyen que no es el tipo de contacto el que consigue actitudes positivas, sino que es la conducta social de los compañeros con discapacidad lo que determina el tipo de actitudes de sus compañeros sin discapacidad. Ahora bien, también aparecen estudios en los que esta técnica no consigue los resultados esperados. Armstrong, Rosenbaum y King (1987), en un programa en el que participan un total de 87 niños

de edades entre 13 y 17 años, consiguen cambios positivos en una gran parte de la muestra, mientras que otra parte empeora en sus actitudes. Igualmente, Diamond, Hestenes, Carpenter e Innes (1997) no encuentran diferencias significativas entre

preescolares con y sin integración, excepto diferencias en tolerancia para el caso de los niños que acuden a clases inclusivas.

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Rapier, Adelson, Carey y Croke (1972) (n= 152)	Contacto con chicos con discapacidad física de escuela elemental (3º, 4º y 5 grado).	Escala de diferencial semántico. Pre-posttest	Chi cuadrado	Mejora en actitudes hacia discapacidad.
Evans (1976) (n= 60)	Contacto estructurado/ no estructurado entre persona con deficiencia visual y universitarios	Escala tipo Likert.. Pre-posttest.	Análisis de covarianza.	Cambios positivos en grupo de contacto estructurado. Contacto no estructurado sin cambios.
Blackburn, Candler y Sowell (1980) (n= 30)	Contacto entre universitarios en prácticas y personas con discapacidad.	Escala de actitudes y observación. Pre-posttest.	Correlación de Pearson.	Ningún cambio. Se partía de actitudes muy positivas.
Voeltz (1980) (n= 817)	Contacto entre niños con y sin discapacidad de escuela elemental (2º- 7º grado)	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis uni y multivariados.	A más contacto, mejores actitudes.
Voeltz (1982) (n= 817)	Contacto entre niños con y sin discapacidad de escuela elemental (4º, 5º y 6º grado)	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de covarianza.	A más contacto, mejores actitudes.
Esposito y Peach (1983) (n= 9)	Contacto entre preescolares con y sin discapacidad (4 - 5 años).	Escala tipo Likert y observación. Pre-posttest.	No especifican (puede ser diferencia de medias).	Ganancias en HH.SS. en niños con discapacidad y actitudes más favorables en compañeros.
Jenkins, Speltz y Odom (1985) (n= 43)	Contacto entre preescolares con y sin discapacidad (3 a 6 años).	Escalas psicométricas para medir diferentes habilidades y observación. Pre-posttest.	Análisis de covarianza y diferencias en frecuencias.	Mejora en habilidades motoras gruesas y de juego cooperativo para niños con discapacidad.
Armstrong, Rosenbaum y King (1987) (n= 87)	Contacto entre no discapacitados de 9 a 13 años y discapacitados de 6 a 16 años.	Escala tipo Likert . Pre-posttest.	Análisis de covarianza y Chi cuadrado.	Cambio positivo en un gran porcentaje, pero una parte empeora, en concreto un 17% del grupo experimental.
Craig (1988) (n= 34)	Contacto entre universitarios y dos chicos con paroplejía.	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de covarianza.	Cambios positivos en grupo experimental.
Townsend, Wilton y Vakilirad (1993) (n= 563)	Contacto entre chicos con y sin discapacidad intelectual de 8 -13 años.	Escalas tipo Likert y de diferencial semántico. Posttest.	Análisis de varianza	Mejores actitudes hacia chicos con discapacidad intelectual si la integración es estructurada.
Maras y Brown (1996) (n= 50)	Contacto entre niños de 8 a 10 años con y sin discapacidad intelectual.	Clasificaciones y escalas psicométricas. Tres medidas (sin especificar momento).	Escalamiento multidimensional. Anova y Manova.	Resultados poco claros, aunque los autores refieren actitudes más positivas.
Diamond, Hestenes, Carpenter e Innes (1997) (n= 60)	Contacto por integración de niños con discapacidad física y sensorial, sin programa específico en preescolar (3-6 años).	Entrevistas a los alumnos participantes en aulas de integración.	Análisis de covarianza.	No encuentran diferencias entre niños con y sin integración. Excepto pequeñas diferencias, como ser más tolerantes.
Wilhite, Adams, Goldenberg y Trader (1997) (n= 704)	Día Paralímpico con personas con discapacidad física y visual en grados medio y superior.	Cuestionario ad hoc confeccionado en base a otros instrumentos. Pre-posttest .	Diferencias de medias t-test.	No aparecen cambios actitudinales significativos.
Burns, Storey y Certo (1999) (n= 24)	2 grupos experimentales: 1/ Asignatura de jardinería para chicos (15-17 años) con discapacidad física y mental y sin discapacidad y 2/ encuentro de Special Olympics.	Escala tipo Likert y Escala de diferencial semántico. Pre-posttest.	Diferencia de medias T-test y MANOVA.	El primer grupo experimental consigue un cambio hacia actitudes más positivas. Pero los participantes en este grupo eran voluntarios y el contacto más continuado a lo largo del tiempo.

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Manetti, Schneider y Siperstein (2001) (n= 190)	Contacto con pares con discapacidad intelectual en diferentes actividades, 1 vez al día, o con compañeros integrados de 9 a 11 años.	Listado de Adjetivos; Cuestionario de contacto; Medida sociométrica.	ANOVA.	A grandes rasgos el contacto tiene un efecto positivo, pero la intención conductual de los alumnos sin discapacidad depende de la conducta social de sus compañeros con discapacidad, no del tipo de contacto.
Cameron y Rutland (2006) (n= 67)	Contacto a través de actividades de lectura. Tres grupos experimentales, variando el tipo de lectura e información aportada. Niños de 5 a 10 años.	Entrevistas, escalas tipo Likert y Listados de Adjetivos, algunas adaptadas y otras ad hoc. Medidas sociométricas.	ANOVA.	El aprendizaje vicario, de forma que resalte las categorías (discapacitado/no discapacitado) mejora las actitudes hacia los discapacitados. El contacto con información neutral no produce cambios.

**Cuadro 1:** Estudios que utilizan “contacto”.

Parece, pues, que los programas que se basan en el contacto consiguen resultados positivos cuando dicho contacto se desarrolla en ambientes estructurados, si es continuo e intenso, de forma que permita conocer todas las potencialidades de la persona con discapacidad, y si las actividades realizadas no son segregadoras. Por tanto, y en la línea de lo ya apuntado por varios autores, es el tipo de interacción o contacto y las condiciones en que se produce lo que condiciona el cambio, el mantenimiento o el empeoramiento de tales actitudes (Ammerman, 1997; Díaz-Aguado, Royo y Baraja, 1994; Donaldson, 1987; Evans, 1976; Horne, 1988; Pelechano y García de la Banda, 1996; Verdugo, Arias y Jenaro, 1994).

## 2. Información

A través de esta técnica se aporta información variada acerca de cuestiones relacionadas con el ámbito de la discapacidad. Dicha información puede ser proporcionada al grupo receptor bien de forma directa, a través de las propias personas con discapacidad o expertos en el tema, o bien de forma indirecta, es decir, por medio de materiales variados: películas, libros, cuentos, documentales, etc. Esta técnica suele implementarse de forma que la discusión guiada por el experto que aporta la información esté presente a lo largo de todo el programa.

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Lazar, Orpet y Demos (1976) (n= 20)	Información: conferencia y lecturas a estudiantes de Master.	Escala tipo Likert y otra escala que no especifican. Pre-posttest.	No se especifica	Mejora en actitudes hacia personas con discapacidad.
Gottlieb (1980) (n=208)	Información y discusión con niños de 3º a 6º grado.	Lista de adjetivos. Pre-posttest.	Análisis de covarianza	Mejora en actitudes hacia niños con discapacidad intelectual.
Kierscht y DuHoux (1980) (n= 150)	Información directa a través de personas con discapacidad física a escolares de 3º grado.	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de varianza y Test de Tukey.	Sólo el grupo experimental consiguió mejora significativa tras la intervención.
Westervelt y Mckinney (1980) (n= 46)	Información mediante película sobre chico en silla de ruedas a niños en torno a 10 años.	Escalas “ad hoc”. No se especifica tipo ni estudios que las avalen, sólo se describen. Pre-posttest, seguimiento a los 9 días.	Análisis de varianza.	Primer pretest algún cambio significativo. No se mantiene en posttest.
Miller, Armstrong y Hagan (1981) (n= 71)	Información, discusiones y simulación con niños de 3º a 5º grado.	Se supone que la escala utilizada es una encuesta de opinión. Pre-posttest.	Análisis de varianza.	Sin cambios en el grupo experimental en conjunto. Sólo cambios en los chicos de menor edad.
Hazzard y Baker (1982) (n= 325)	Película, libro, discusión y otras actividades en niños de 3º a 6º grado.	Escalas tipo Likert, observación y encuesta de opinión. Pre-posttest y seguimiento al mes.	Análisis de varianza y covarianza o Chi cuadrado.	Percepción más positiva de personas con discapacidad y mayores conocimientos. Al mes puntuaciones más altas en el G. Exp. aunque no significativas.
Shortridge (1982) (n= 424)	Narración de una historia a niños de 5 a 9 años.	Serie de preguntas, sin estandarizar y sin grupo control. Pre-posttest.	Pruebas no paramétricas (Wilcoxon).	Cambio positivo de actitudes.
Siperstein y Chatillon (1982)	Información neutral/información	Lista de adjetivos y escala Likert.	Análisis de varianza.	Mejores resultados en niños que recibieron



ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
(n= 96)	personalizada a cada niño , en niveles de 5º y 6º grado.	Pre-posttest.		información personalizada.
Bauer, Campbell y Troxel (1985) (n= 155)	Información mediante libro, película o ambos combinados en 4º y 6º grado.	Escala tipo Likert . Posttest.	Análisis de varianza y Test de Tukey.	Sólo cambios en chicos de menor edad (4º grado) y mejores para el grupo con el que se utilizó sólo el libro.
Fiedler y Simpson (1987) (n= 90)	Información genérica/conceptos clásicos sobre discapacidad (High School).	Escalas tipo Likert. 2 G. Control y 2 G. Experimental. Pre-posttest a todos menos a 1 G. de Control.	Anova.	Diferencias positivas a favor de ambos grupos experimentales. Mejores resultados en el G.E. de categorización.
Fisher- Polites (2004) (n= solo especifica grupo reducido de niños)	Información acerca de habilidades y conductas adecuadas para apoyo a compañero con autismo.	Observación en el aula.	Cualitativo. Impresiones subjetivas.	Mejora en las actitudes del grupo ya que supuso un fuerte apoyo para su compañero con discapacidad.

**Cuadro 2:** Estudios que utilizan “información”.

La mayoría de los estudios revisados reportan cambios hacia actitudes positivas tras la intervención (**cuadro 2**), si bien en algunos casos estos efectos positivos sólo son parciales, en concreto para los niños de menor edad (Bauer, Campbell y Troxel, 1985; Miller, Armstrong y Hagan, 1981) y, en otros, los efectos de la intervención o bien no se mantienen durante el seguimiento (Westervelt y Mckinney, 1980), o las puntuaciones en el grupo experimental aunque siguen siendo más elevadas no alcanzan significación estadística (Hazzard y Baker, 1982).

### 3. Información más contacto

Las dos técnicas anteriormente expuestas suelen combinarse con bastante frecuencia en los programas de cambio de actitudes, de forma que, tal y como recogen las revisiones bibliográficas previas (Donaldson, 1987; Flórez, 1999; Horne, 1988; Yuker, 1988), información más contacto representan las técnicas de cambio más eficaces. Los resultados de la presente revisión también apoyan estas conclusiones (**cuadro 3**).

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Lazar, Gensley y Orpet (1971) (n= 44)	Información y contacto con personas con diferentes discapacidades .	Escala tipo Likert. Pre-posttest..	T de Student.	Según los autores resultados positivos. Pero posibles problemas metodológicos.
Jones, Sowell, Jones y Butler (1981) (n= 74)	Información, discusiones en grupo, contacto con personas con diferentes discapacidades , experiencia con ayudas técnicas y simulación de discapacidades. Niños de 7 a 9 años.	Escala de diferencial semántico. Pre-posttest.	Diferencias de medias.	Cambio en las percepciones de las personas con discapacidad.
Skrtic, Clark y White (1982) (n= 109)	Información e información + contacto entre estudiantes de magisterio y personas con discapacidad visual.	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de varianza y covarianza.	Mejora en actitudes hacia discapacitados en ambos grupos. Más ganancia en grupo información + contacto.
Leyser y Price (1985) (n= 60)	Información directa e indirecta, contacto con personas con diferentes discapacidades y tutoría con parte de la muestra. Niños de 4º a 6º grado.	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de varianza.	No diferencias entre grupo experimental y control.
Leyser, Cumbland y Strickman (1986) (n= 281)	Información y contacto con personas con distintas discapacidades, simulaciones e información sobre ayudas técnicas con chicos de 4º a 6º grado.	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de varianza	Diferencias positivas a favor del grupo experimental.

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Rosenbaum, Armstrong y King (1986) (n= 99)	Grupo de contacto, g. de información y g. de información más contacto con escolares de 4º-7º grado y personas con discapacidades variadas.	Escalas tipo Likert y medida de aspectos demográficos y de conocimientos sobre discapacidad. Pre-posttest.	Análisis de varianza y Chi cuadrado.	Cambios significativos sólo en el grupo con programa de contacto.
Blanchard (1990) (n= 105)	Grupo de contacto, información e información + contacto con personas con distintas discapacidades. Con niños de 5 a 7 años.	Escala tipo Likert y observación. Pre-posttest.	Análisis de covarianza y porcentajes	Para este estudio las actitudes son peores después de utilizar el contacto como técnica, y no difieren al utilizar la información o información + contacto.
Durán y Giner (1999) (no especificado)	Información + contacto, simulaciones y discusiones en grupo en 7º y 8º de E.G.B y personas con diferentes discapacidades.	No descrita.	No utilizada	Parten de que el programa conseguirá cambios pero no los analizan.
Aguado, Flórez y Alcedo (2003) (n= 234)	Información directa e indirecta, y contacto con personas con distintas discapacidades. Alumnos 13-16 años.	Escalas tipo Likert. Pre- posttest y seguimiento de dos años a grupos control y experimental.	ANOVA y ANCOVA	Cambio positivo en actitudes hacia personas con discapacidad, que con ciertas oscilaciones se mantiene.
Aguado, Flórez y Alcedo (2004) (n= 83)	Información directa e indirecta, y contacto con personas con distintas discapacidades. Alumnos 12-15 años.	Escalas tipo Likert. Pre- posttest y seguimiento de tres años a grupos control y experimental.	U de Mann-Whitney, T de Student.	Programa efectivo, que consigue cambios que se mantienen en el tiempo con ciertas variaciones.
Krahé y Altwasser (2006) (n= 70)	Intervención cognitiva versus intervención cognitivo-conductual para cambio de actitudes hacia personas con discapacidad física en niños en torno a 14 años.	Escala tipo Likert estandarizada y con ligeras modificaciones testadas. Pre-posttest y seguimiento de 3 meses.	ANOVA.	Sólo la combinación de técnicas consigue reducción de actitudes negativas hacia pares con discapacidad. Se mantienen en el seguimiento.
Aguado, Alcedo y Arias (2008) (n= 128)	Información directa e indirecta, y contacto con personas con distintas discapacidades. Alumnos 8-10 años.	Escalas tipo Likert. Pre- posttest y seguimiento a los tres años a grupos control y experimental.	Análisis univariados y multivariados de medidas repetidas.	Mejoras significativas en el grupo experimental y mantenimiento de las puntuaciones a los tres años de la intervención.

**Cuadro 3.-** Estudios que utilizan “información más contacto”.

Los resultados aportados por los programas que combinan ambas técnicas son en general bastante positivos. Es más, aquellos estudios que realizan seguimiento, control muy poco frecuente en este tipo de estudios, confirman que las ganancias obtenidas en el grupo experimental se mantienen no sólo a corto plazo (Krahé y Altwasser, 2006) sino incluso dos y tres años después de la intervención (Aguado, Flórez y Alcedo, 2003 y 2004; Aguado, Alcedo y Arias, 2008), lo que supone un fuerte apoyo empírico a la consistencia de ambas técnicas. No obstante, también se observan resultados contradictorios entre algunos estudios. Así, por un lado, Skrtic, Clark y White (1982) informan de mejores resultados utilizando la combinación de información y contacto, pero no resulta eficaz cuando el contacto se utiliza de forma aislada. Por otro lado, Rosenbaum, Armstrong y King (1986) mantienen que los cambios significativos sólo aparecen en el grupo con programa de contacto y no cuando esta técnica se combina con la información.

Por su parte, Blanchard (1990) concluye que las actitudes empeoran tras utilizar el contacto como técnica y no difieren de las iniciales al utilizar la información o la información unida al contacto.

#### 4. Experiencias no académicas en pequeños grupos

Ya hace décadas que Horne (1988) afirmaba que las experiencias (salidas, juegos, excursiones, etc.) en que personas con y sin discapacidad trabajan o interaccionan juntos pueden conseguir un cambio de actitudes positivo así como una mejora del prestigio y valoración del rol social de las personas con discapacidad.

En la bibliografía revisada sólo aparecen dos programas (**cuadro 4**) cuyos resultados muestran el cambio hacia actitudes positivas que se puede conseguir desde otros entornos que no son estrictamente el entorno escolar, como los grupos de “scouts” (Newberry y Parish, 1987) o actividades lúdicas y de ocio en las que los niños participan de forma habitual (Schleien et al.1987).

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Newberry y Parish (1987) (n= 476)	6 grupos de "scouts" (de 8 a 10 años) en cada uno se integró un chico con una discapacidad diferente, excepto en g. control.	Lista de adjetivos. Pre-posttest.	Análisis de covarianza.	Cambios positivos en 5 de los 6 grupos experimentales. No hacia los niños con problemas de aprendizaje.
Schleien, Ray, Soderman-Olson y McMahon (1987) (n= 27)	Visita y diversas actividades cooperativas en museo entre niños con discapacidad intelectual y niños sin discapacidad de 7 a 10 años.	Escala tipo Likert y observación. Pre-posttest.	Análisis de varianza y T de Student.	Diferencias estadísticamente significativas entre pre y posttest, lo que supone mejora en actitudes hacia personas con discapacidad.

**Cuadro 4:** Estudios que utilizan "experiencias no académicas en pequeño grupo".

**5. Equipos de trabajo cooperativo**

Otra de las técnicas revisadas es la participación en equipos de *trabajo cooperativo*, actividad con objetivos y metas compartidas; el equipo, integrado por personas con y sin discapacidad, trabaja de forma conjunta y las recompensas revierten sobre el grupo completo. La estructura cooperativa de estos equipos, implementados básicamente en entornos educativos, permite gran cantidad de interacciones y reporta

resultados en general muy positivos (**cuadro 5**).

Este grupo de estudios muestra la eficacia de los equipos de trabajo cooperativo a la hora de promover actitudes positivas. Los alumnos mejoran sus percepciones sobre la integración escolar y valoran las capacidades y posibilidades de sus pares con discapacidad. Además, estos resultados, aunque con ligeras variaciones, presentan consistencia a lo largo del tiempo (Shevlin y O'Moore, 2000).

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Ballard, Gottlieb, Corman y Kaufman (1977) (n= 659, aproximadamente)	25 grupos escolares (3º, 4º y 5º grado) con integración de niños con discapacidad intelectual como G. experimentales, con trabajo cooperativo con compañeros con discapacidad intelectual.	Prueba sociométrica. Pre-posttest.	Análisis de covarianza.	Aumento estadísticamente significativo en aceptación y disminución en rechazo, en grupos experimentales. En grupos controles ocurrió lo contrario.
Rynders, Johnson, Johnson y Schmidt (1980) (n=30)	Entorno lúdico con juego cooperativo, competitivo e individualista por equipos. Con niños de 13 a 15 años y niños con Síndrome de Down.	Observación y prueba sociométrica. Diferentes medidas a lo largo del estudio.	Diferencias de medias, T de Student.	Diferencias significativas en cuanto a interacciones positivas en grupo de juego cooperativo. Además, mejor valoración para síndrome de Down en prueba sociométrica.
Acton y Zarbatany (1988) (n=80)	Juego cooperativo con niveles de mucha o poca interacción, y buenos y malos resultados entre niños con y sin discapacidad intelectual de 7 a 12 años.	Pretest y observación a lo largo del tratamiento y prueba sociométrica. Pre-posttest, y seguimiento a 3-4 meses.	Análisis de varianza, análisis univariado y T de Student.	Los compañeros con discapacidad en la condición de alta interacción son valorados de forma menos negativa y provocan percepciones más positivas.
Díaz-Aguado, Royo y Baraja (1994) (n=457)	Aprendizaje cooperativo con niños con y sin deficiencias visuales+ dos cuentos para reflexión y comentario en 3º y 5º EGB.	Pruebas sociométricas y entrevista principalmente. Pre-posttest.	Pruebas no paramétricas (Test de Mann Whitney).	Tanto los alumnos invidentes como videntes mejoran en su actitud y en su percepción de la integración.
Martínez (1995) (n=78)	Aprendizaje cooperativo en entorno escolar con alumnos de 4ª y 5ª de EGB y sus compañeros con retraso madurativo.	Pruebas sociométricas y escala tipo Likert. Pre-posttest.	Análisis de covarianza y T de Student.	Aumento del grado de aceptación hacia los niños discapacitados integrados. Mejores actitudes para el grupo de 4º.
Putman, Markovchick, Johnson y Johnson (1996) (n=417)	Aprendizaje cooperativo con chicos con dificultades de aprendizaje en 45 m. de clase dos veces a la semana de octubre a mayo. Media 13 años.	Prueba sociométrica y entrevista estructurada. Pre-posttest.	Análisis de covarianza.	Cambio positivo en la percepción y en el deseo de trabajar con estudiantes con discapacidad en la condición de aprendizaje cooperativo.

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Shevlin y O'Moore (2000) (n=302)	De 1- 1'5 h. a la se-mana en el curso escolar comparten clases con chicos con discapacidad intelectual que facilitan el aprendizaje cooperativo. Chicos de 13 a 17 años.	Cuestionario escolar sobre actitudes. Pre-posttest y seguimiento a los 6 meses y al año.	Diferencias de medias mediante Chi cuadrado.	El G. Exp. muestra una respuesta positiva que se mantiene a lo largo del tiempo con ligeras variaciones.
Piercy, Wilton y Townsend (2002) (n=51)	2 G. experimentales con trabajo cooperativo con alumnos con discapacidad intelectual severa o individual y G. control. Niños de 6 años.	Medidas sociométricas. Escalas estandarizadas y adaptadas ad hoc y observación conductual. Pre-posttest.	Análisis de varianza.	La aceptación, interacciones sociales e índices de popularidad mejoran en el g. de aprendizaje cooperativo y no hay diferencias en los otros grupos.
Almazán (2003) (n=146)	Role-playing, cooperación, información y acción tutorial en primer ciclo de la ESO sobre diferentes discapacidades, en un trimestre, 3h. semanales. G. control.	Cuestionario ad hoc. Pre-posttest.	Chi cuadrado.	Existen diferencias por centros educativos y en algunos ítems que muestran actitudes más positivas en el g. experimental, pero no diferencias muy elevadas tras el tratamiento.

**Cuadro 5:** Estudios que utilizan “*equipos de trabajo cooperativo*”.

## 6. Entrenamiento en habilidades interpersonales

El entrenamiento en habilidades interpersonales ha demostrado ser eficaz ya que proporciona destrezas para actuar e interrelacionarse de forma efectiva con los compañeros con discapacidad (Horne, 1988). Además, como señalan Strain y Odom (1986), tras una revisión de varios trabajos previos, los compañeros de los niños con discapacidad pueden de una forma dirigida enseñarles habilidades sociales, lo que no supone ningún efecto negativo y sí mejoras en la competencia social de los niños con discapacidad.

En nuestro entorno, el equipo del Profesor Pelechano ha desarrollado y puesto en práctica diferentes programas de cambio de actitudes utilizando el *entrenamiento en habilidades interpersonales* como técnica de cambio (**cuadro 6**). Estos programas, dirigidos a alumnos de ciclo inicial y de la E.S.O, con el objetivo de favorecer la inclusión educativa de niños con deficiencia visual, reportan resultados muy positivos y confirman el mantenimiento temporal de los mismos. Una descripción amplia y detallada de estos programas puede consultarse en la trilogía publicada por Pelechano (1996).

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Pelechano, García y Hernández (1994) (n= 68 para 1º ciclo y n= 118 para 3º ciclo)	Entrenamiento en habilidades interpersonales en 1º y 3º ciclo de primaria.	Escala tipo Likert y escala de evaluación de habilidades interpersonales. Pre-posttest.	Diferencias de medias antes/después e intra/inter grupo.	Cambio positivo hacia la integración de niños ciegos y hacia su aceptación personal y social y mejora en habilidades interpersonales.
Fumero (1997) (n= 68)	Entrenamiento en habilidades interpersonales en primer ciclo de enseñanza primaria.	Escala tipo Likert y escala de evaluación de habilidades interpersonales. Pre-posttest y seguimiento a los 9 meses.	Análisis bivariados y multivariados.	Grupo experimental desciende en su rechazo hacia la integración y aumenta en la aceptación personal y social, aunque no de forma estadísticamente significativa y mejora en habilidades interpersonales. Resultados que se mantienen en el posttest a los 9 meses.
García (1997) (n=118)	Entrenamiento en habilidades interpersonales en secundaria.	Escala tipo Likert y escala de evaluación de habilidades interpersonales. Pre-posttest y seguimiento a los 6 meses.	Diferencias de medias.	Aumento significativo en algunos factores de habilidades interpersonales, en la aceptación de la integración y disminución del rechazo hacia la integración escolar. Resultados que no se mantienen en posttest.

**Cuadro 6:** Estudios que utilizan “*entrenamiento en habilidades interpersonales*”.

## 7. Simulación de discapacidades

Tanto el role-playing o simulación de alguna discapacidad como la experiencia vicaria de observar a alguien simulándola, pueden modificar y provocar un cambio positivo de actitudes (**cuadro 7**), sobre todo si los sujetos además de experimentarla también observan las reacciones de las personas sin

discapacidad hacia sí mismos como simuladores (Donaldson, 1987; Horne, 1988).

La mayoría de los programas de simulación, frecuentemente combinados con otras técnicas, especialmente con información, permiten modificar las actitudes hacia la discapacidad, aunque si no se tiene en cuenta la presentación de alternativas

de solución a las posibles dificultades, puede llevar a resultados negativos, es decir, que se refuercen y enfatizen los prejuicios y estereotipos ante la vivencia

de limitaciones y problemática de difícil solución (Grayson y Marini, 1996).

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Clore y Jeffery (1972) (n= 66)	Simulación de discapacidad física y aprendizaje vicario por compañeros. Estudiantes universitarios.	Escala de diferencial semántico, escala tipo Likert y descripción de la experiencia. Encuestas como posttest 4 meses después.	Análisis de contenido, Test de Scheffé, Chi cuadrado y análisis de varianza.	Se logra cambio en ambos grupos experimentales (simulación y a. vicario) pero, en general, no hay diferencias entre ambos grupos experimentales.
Clunies-Ross y O'Meara (1989) (n= 60)	Información y discusión estructurada, simulación de discapacidad física y contacto con escolares de 4º grado de primaria.	Escala tipo Likert. Pre-posttest y seguimiento de 3 meses.	Análisis de covarianza.	Diferencias significativas en actitudes en el grupo experimental que se mantienen a los tres meses en el seguimiento.
Grayson y Marini (1996) (n= 38)	Simulación de discapacidad física con universitarios.	Escala tipo Likert . Posttest a g. control y g. experimental.	T de Student	Concienciación de las dificultades y frustraciones que conlleva utilizar silla de ruedas
Pernice y Lys (1996) (n= 114)	Información y contacto, junto con simulación de discapacidad física en universitarios.	Escala tipo Likert. Pre-posttest.	T de Student.	Las medias aumentaron de forma significativa para grupo experimental y control. Aunque, serios problemas metodológicos.
Equipo de atención básica de la delegación territorial de la ONCE en la Rioja (1995). No se precisa número de sujetos.	Simulación de deficiencias visuales e información. Sexto de EGB;	Información cualitativa.	No se describen análisis de datos.	Experiencia positiva para alumna invidente, profesores y compañeros que participaron en el programa.
Conejero y Lopezuazo (1999) (no especificado)	Información, simulación y discusión. 1h. semanal en un curso escolar de 14-16 años.	Información cualitativa o subjetiva sobre opiniones o conductas de los alumnos.	No se describen.	Fomento de actitudes solidarias, tolerantes y de respeto a diferentes características.

Cuadro 7.- Estudios que utilizan la "simulación de discapacidades".

**8. Programas de tutoría por parte de los compañeros**

La tutoría por parte de un compañero sin discapacidad puede ser un método efectivo para el desarrollo de habilidades sociales y académicas por parte del estudiante con discapacidad.

Los estudios revisados (cuadro 8) han demostrado el efecto positivo de los programas de tutoría en la ejecución académica de alumnos tutores y tutelados, así como un aumento de la motivación y

mejora del autoconcepto, de las actitudes positivas hacia la escuela y de las habilidades interpersonales (Donder y Nietupski, 1981; Fenrick y Petersen, 1984; Hughes et.al. 2001). No obstante, los resultados aún no están bien definidos y parece que en ellos influyen variables como edad, sexo, características de personalidad, nivel de entrenamiento para llevar a cabo el programa de tutoría, etc., que no han sido controladas.

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Donder y Nietupski (1981) (n= 17)	Tutoría de personas con discapacidad intelectual en edades de 12 a 13 años, tras período de formación.	Observación en diferentes momentos y a la semana y media de tratamiento.	Porcentajes de conductas apropiadas e inapropiadas y de cantidad de contacto.	Los chicos con discapacidad aumentaron en conductas apropiadas de juegos y disminuyeron en conductas inapropiadas y también mayor cantidad media de contactos con chicos sin discapacidad. Resultados que se mantienen a la semana y dos semanas.
Fenrick y Petersen (1984) (n= 69)	Tutoría de personas con discapacidad intelectual por compañeros de sexto de educación elemental	Cuestionario de diferencial semántico y escala tipo Likert. Pre-posttest.	ANOVA y análisis de ítems.	Actitudes más positivas que las que mantenían previamente al tratamiento en grupo experimental.
Hughes,	"Peer Buddy	Cuestionario ad hoc con	Porcentajes de	Los participantes refieren

ESTUDIO	TÉCNICA DE CAMBIO	EVALUACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS	CONCLUSIONES
Copelend, Guth, Rung, Hwang, Kleeb y Strong (2001) (n= 115)	Programa "en el que se promocio-na la interacción entre estudiantes con diversas discapacidades y sin discapacidad dentro y fuera del entorno educativo (instituto).	respuestas semiestructuradas. Sólo posttest.	incidencia en el significado de la respuesta.	incremento en habilidades interpersonales, conocimiento personal, amistad, conocimiento y concienciación sobre las personas con discapacidad y confort cuando están con ellas.

Cuadro 8: Estudios que utilizan "programas de tutoría".

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La revisión de la bibliografía sobre los programas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad nos ha permitido localizar 63 estudios que utilizan como estrategias de cambio un total de ocho técnicas, en ocasiones utilizadas de forma combinada. Como tónica general, el estado de la cuestión en este tema se caracteriza por:

- Predominio de programas implementados en entorno escolar, como actividades extraescolares dentro del horario regular de clases, pero sin más relación con el currículo.
- La población a la que van dirigidos es principalmente niños de educación primaria y secundaria. Son menos frecuentes los programas dirigidos a niños de educación infantil.
- El tipo de discapacidad en el que se centran con más frecuencia los programas es la discapacidad física.
- El contacto con personas con discapacidad es, con diferencia, la técnica más utilizada. Está presente en 17 programas, así como en otros 12 en combinación con la técnica de información, la segunda más utilizada. Los equipos de trabajo cooperativo se han empleado en 9 programas y la simulación de minusvalías en otros 6.
- La técnica que cuenta con mayor soporte empírico y la que reporta mayor eficacia en el cambio hacia actitudes positivas es el contacto. Pero, dicho contacto debe ser estructurado, tiene que potenciar interacciones positivas y estimulantes y permitir el reconocimiento de las potencialidades de la persona con discapacidad. El contacto combinado con información resulta igualmente eficaz. Asimismo, la información como técnica aislada y los equipos de trabajo cooperativo también consiguen modificar y mejorar las actitudes. En general, los estudios muestran que la mayor parte de las técnicas resultan eficaces en la promoción de actitudes positivas hacia la discapacidad.
- Los instrumentos de evaluación más utilizados son las escalas tipo Likert, los tests sociométricos, las entrevistas semiestructuradas y los listados de adjetivos.

En esta revisión también se aprecian limitaciones metodológicas importantes que restringen el alcance de los resultados y conclusiones anteriormente expuestos. A saber:

- Diseños experimentales inadecuados: no evaluación previa a la intervención, ausencia de grupo control, estudios meramente descriptivos y escasez de técnicas multivariadas.
- Utilización de técnicas de medida sin estudios psicométricos previos, en algunos casos y, en

otros, no se mencionan los instrumentos de evaluación utilizados.

- Carencia de seguimiento, ya que tan sólo doce de los sesenta y tres programas de cambio de actitudes expuestos han llevado a cabo algún tipo de medida; se desconoce, por tanto, la eficacia demorada de estos programas, ya sea a corto o a largo plazo.

Pese a estas limitaciones queda clara la necesidad de programas de cambio de actitudes como método para implementar acciones concretas y continuadas encaminadas a conseguir la plena integración de las personas con discapacidad. Estos programas obtienen, en general, buenos resultados y su ejecución no es compleja, permitiendo modificar las concepciones negativas y erróneas acerca de la diversidad y la diferencia. El contacto con personas con discapacidad, sin más, no facilita un cambio de actitudes; la mejora va asociada a un mayor conocimiento de la discapacidad (Navas, Torregrosa y Mula, 2004; Nikolarazi et al. 2005).

## REFERENCIAS

- Abrams, D., Jackson, D. y St. Claire, L. (1990). Social identity and the handicapping functions of stereotypes: Children's understanding of mental and physical handicap. *Human Relations*, 43 (11), 1085-1098.
- Acton, H.M. y Zarbatany, L. (1988). Interaction and performance within cooperative groups: Effects on non handicapped students' attitudes toward their mildly mentally retarded peers. *American Journal on Mental Retardation*, 93 (1), 16-23.
- Aguado, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Aguado, A.L., Flórez, M.A. y Alcedo, M.A. (2003). Un programa de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad en entorno escolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29 (127), 673-704.
- Aguado, A.L., Flórez, M.A. y Alcedo, M.A. (2004). Programa de cambio de actitudes ante la discapacidad. *Psicothema*, 16 (4), 667-673.
- Aguado, A.L., Alcedo, M.A. y Arias, B. (2008). Cambio de actitudes hacia la discapacidad con escolares de primaria. *Psicothema*, 20 (4), 697-704.
- Almazán, L. (2003). Los cambios actitudinales hacia la integración escolar desde la perspectiva de los alumnos. *Revista Fuentes*, 5, 135-152.

- Ammerman, R.T. (1997, marzo). *Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad*. Comunicación presentada en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, España.
- Armstrong, R.W., Rosenbaum, P.L. y King, S.M. (1987). A randomized controlled trial of a "buddy" program to improve children's attitudes toward the disabled. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29, 327-336.
- Arraiz, A. (1986). Actitudes de los niños normales hacia la integración escolar del alumno disminuido. *Bordón*, 264 (9-10), 735-749.
- Ballard, M., L. Gottlieb, J. Corman, y Kaufman, M.J. (1977). Improving the social status of mainstreamed retarded children. *Journal of Educational Psychology*, 69 (5), 605-611.
- Bauer, C.J., Campbell, N.J. y Troxel, V. (1985). Altering attitudes toward the mentally handicapped through print and nonprint media. *School Library Media Quarterly*, 13, 110-114.
- Blackburn, G.M., Candler, A.C. y Sowell, V. (1980). The relationship of expressed attitudes and overt behavior among special preservice teachers. *Education*, 100 (4), 386-389.
- Blanchard, D.M. (1990). *Improving attitudes and social interactions between nonhandicapped young children and their peers with handicaps*. Tesis doctoral (xerocopiada). University of Southern Mississippi.
- Cameron, L. y Rutland, A. (2006). Extended contact through store reading in school: Reducing children's prejudice toward the disabled. *Journal of Social Issues*, 62 (3), 469-488.
- Clare, G.L. y Jeffery, K.M. (1972). Emotional role playing, attitude change, and attraction toward a disabled person. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23 (1), 105-111.
- Clunies-Ross, G. y O'Meara, K. (1989). Changing the attitudes of students toward peers with disabilities. *Australian Psychologist*, 24 (2), 273-284.
- Conejero, J. y Lopezuazo, M. (1999). Si hoy puedo ser tú, mañana te comprenderé mejor: Una experiencia escolar de acercamiento a la discapacidad visual". *Integración*, 30, 40-44.
- Craig, C. (1988). Modification of student attitudes toward disabled peers". *Adapted Physical Activity Quarterly*, 5, 44-48.
- Diamond, K. E., Hestenes, L.L., Carpenter, E.S. y Innes, F.K. (1997). Relationships between enrollment in an inclusive class and preschool children's ideas about people with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17 (4), 520-536.
- Díaz-Aguado, M. J., Royo, P. y Baraja, A. (1994). *Programas para favorecer la integración escolar de niños ciegos: Investigación*. Madrid: ONCE.
- Donaldson, J. (1987). Cambio de actitudes hacia las personas deficientes. *Siglo Cero*, 112, 30-38. (Versión castellana del original de 1980: Changing attitudes toward handicapped persons: A review and analysis of research. *Exceptional Children*, 46, 504-514).
- Donder, D. y Nietupski, J. (1981). Nonhandicapped adolescents teaching playground skills to their mentally retarded peers: Toward a less restrictive middle school environment. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 16, 270-276.
- Durán, R. y Giner, J.I. (1999). Vivir la discapacidad: Campaña de sensibilización y cambio de actitudes sobre la discapacidad en edad escolar. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 48, 75-82.
- Echeita, G. (2009). Los dilemas de las diferencias en la educación escolar. En M.A. Verdugo, T. Nieto, B. Jordán de Urries y M. Crespo (Coord.): *Mejorando resultados personales para una vida de calidad* (pp.381-395). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Equipo de Atención Básica de la Delegación Territorial de la ONCE en la Rioja (1995). Alumnos de 6ª de EGB trabajan a ciegas. *Integración*, 16, 60-62.
- Esposito, B.G. y Peach, W.J. (1983). Changing attitudes of preschool children toward handicapped persons. *Exceptional Children*, 49 (4), 361-363.
- Evans, J. H. (1976). Changing attitudes toward disabled persons: An experimental study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 19, 572-579.
- Fenrick, N.J. y Petersen, T.K. (1984). Developing positive changes in attitudes toward moderate/severely handicapped students through a peer tutoring program. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 19 (2), 83-89.
- Fiedler, C.R. y Simpson, R.L. (1987). Modifying the attitudes of nonhandicapped high school students toward handicapped peers". *Exceptional Children*, 53 (4), 342-349.
- Fisher-Polites, C. (2004). "We all fit in": A program designed to promote understanding among typical children for children with disabilities. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6 (3), 181-187.
- Flórez, M.A. (1999). *Actitudes hacia las personas con discapacidad: Valoración de la eficacia de un programa de cambio de actitudes en el entorno escolar*. Tesis doctoral (xerocopiada). Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
- Fumero, A. (1997, marzo). *Habilidades interpersonales como facilitadoras del cambio de actitudes hacia la integración en primer ciclo de la escolarización*. Ponencia presentada en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, España.

- Garaigordobil, M. y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18, 180-186.
- García, L. (1997, marzo). *Fomento de la aceptación de la integración de niños ciegos en ESO*. Ponencia presentada en las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, España.
- García, L., Pelechano, V., Fumero, A., García de la Banda G. e Ibáñez, I.J. (1996). Programa de entrenamiento en habilidades interpersonales para la aceptación de la integración de invidentes para ciclo superior/ESO. En V. Pelechano (Dir): *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención. Volumen II* (pp. 465-529). Valencia: Promolibro, Alfaplus.
- Giné, C. (2004). La Declaración de Salamanca sobre necesidades educativas especiales 10 años después. Valoración y prospectiva desde Catalunya. En G. Echeita y M.A. Verdugo (Dir): *La Declaración de Salamanca sobre necesidades educativas especiales 10 años después. Valoración y prospectiva* (pp.49-55). Salamanca: Publicaciones del INICO.
- González, R. (2008). *Programas de cambio de actitudes hacia la discapacidad*. Proyecto de investigación. Universidad de Oviedo. Xerocopiado.
- Gottlieb, J. (1980). Improving attitudes toward retarded children by using group discussion. *Exceptional Children*, 47 (2), 106-111.
- Gottlieb, J. y Switzky, H.N. (1982). Development of school-age children's stereotypic attitudes toward mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 86 (6), 596-600.
- Grayson, E. y Marini, I. (1996). Simulated disability exercises and their impact on attitudes toward persons with disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 123-131.
- Hazzard, A.P. y Baker, B.L. (1982). Enhancing children's attitudes toward disabled peers using a multi-media intervention. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 3, 247-262.
- Hernández, A., Pelechano, V., García, L., A., García de la Banda G. e Ibáñez, I.J. (1996). Programa de entrenamiento en habilidades interpersonales para la aceptación de la integración de invidentes en ciclo inicial. En V. Pelechano (Dir): *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención. Volumen II* (pp. 223-285). Valencia: Promolibro, Alfaplus.
- Hogan, A., McLellan, L. y Bauman, A. (2000). Health promotion needs of young people with disabilities: A population study. *Disability and Rehabilitation*, 22, 352-357.
- Horne, M.D. (1988). Modifying peer attitudes toward the handicapped: Procedures and research issues. En H.E. Yuker (Ed): *Attitudes toward persons with disabilities* (pp.203-222). New York: Springer.
- Hughes, C., Copeland, S.R., Guth, C., Rung, L.L., Hwang, B., Kleeb, G. y Strong, M. (2001). General education students perspectives on their involvement in a High School peer buddy program. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36 (4), 343-356.
- Jenkins, J. R., Speltz, M. L. y Odom, S. L. (1985). Integrating normal and handicapped preschoolers: Effects on child development and social interaction. *Exceptional Children*, 52 (1), 7-17.
- Jones, T.W., Sowell, V.M., Jones, J.K. y Butler, L.G. (1981). Changing children's perceptions of handicapped people. *Exceptional Children*, 47 (5), 365-368.
- Kierscht, M.S. y DuHoux, M.A. (1980). Preparing the mainstream: Changing children's attitudes toward the disabled. *School Psychology Review*, 9 (3), 279-282.
- Krahé, B. y Altwasser, C. (2006). Changing negative attitudes towards persons with physical disabilities: An experimental intervention. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16, 59-69.
- Lazar, A.L., Gensley, J.T. y Orpet, R.E. (1971). Changing attitudes of young mentally gifted children toward handicapped persons. *Exceptional Children*, 37, 600-602.
- Lazar, A.L., Orpet, R. y Demos, G. (1976). The impact of class instruction on changing student attitudes. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 20, 66-68.
- Leyser, Y. y Price, S. (1985). Improving attitudes of gifted children toward the handicapped. *Education*, 105 (4), 432-437.
- Leyser, Y., Cumblad, C. y Strickman, D. (1986). Direct intervention to modify attitudes toward the handicapped by community volunteers: The learning about handicaps programme. *Educational Review*, 38 (3), 229-236.
- Llewellyn, A. (2000). Perceptions of mainstreaming: a systems approach. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 106-115.
- Manetti, M. Schneider, B.H. y Siperstein G. (2001). Social acceptance of children with mental retardation: Testing the contact hypothesis with an Italian sample. *International Journal of Behavioral Development*, 25 (3), 279-286.
- Maras, P. y Brown, R. (1996). Effects of contact on children's attitudes toward disability: A longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26 (23), 2113-2134.
- Maras, P. y Brown, R. (2000). Effects of different forms of school contact on children's attitudes toward disabled and non-disabled peers. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 337-351.



- Marchena, R. (1999, marzo). *¿Sabían los alumnos de secundaria cuándo y cómo actuar con sus compañeros discapacitados?* Comunicación presentada a las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, España.
- Martínez, M.J. (1995). *La eficacia del aprendizaje cooperativo para el cambio de actitudes hacia personas con discapacidad*. Proyecto de investigación (Xerocopiado). Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca: Master Universitario en Integración de Personas con Discapacidad.
- Miller, M., Armstrong, S. y Hagan, M. (1981). Effects of teaching on elementary students attitudes toward handicaps. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 16, 110-113.
- Navas, L., Torregrosa, G. y Mula, A. (2004). Algunas variables predictoras de las actitudes del alumnado ante la integración escolar. *Revista de Psicología Social*, 19 (2), 159-171.
- Newberry, M.K. y Parish, T.S. (1987). Enhancement of attitudes toward handicapped children through social interactions. *The Journal of Social Psychology*, 127 (1), 59-62.
- Nikolarazi, M., Kumar, P., Favazza, P., Sideridis, G., Koulousiou, D. y Riall, A. (2005). A cross-cultural examination of typical developing children's attitudes toward individuals with special needs. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52 (2), 101-119.
- Pelechano, V. (Dir) (1989). *Aceptación, habilidades sociales y motivación en la integración de niños ciegos - Informe técnico*. Tenerife: Departamento de Personalidad, Universidad de La Laguna.
- Pelechano, V. (Dir) (1996). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención*. III volúmenes. Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V. y García de la Banda, G. (1996). Dimensiones de la integración de invidentes y determinantes demográficos de las actitudes de aceptación y rechazo en padres y profesores. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (81), 35-74.
- Pelechano, V., García, L. y Hernández, A. (1994). Actitudes hacia la integración de invidentes y habilidades interpersonales: Planteamiento y resultados de dos programas de modificación. *Integración*, 15, 5-22.
- Peralta, A. (2007). *Libro Blanco sobre Universidad y Discapacidad*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, CERMI, Fundación Vodafone España y ANECA.
- Pernice, R. y Lys, K. (1996). Interventions for attitude change towards people with disabilities: How successful are they? *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 171-174.
- Piel, S.J. (2007). Introduction: The social position of pupils with special needs in regular education. *European Journal of Special Needs Education*, 22 (1), 1-6.
- Piercy, M., Wilton, K. y Townsend, M. (2002). Promoting the social acceptance of young children with moderate-severe intellectual disabilities using cooperative-learning techniques. *American Journal on Mental Retardation*, 107 (5), 352-360.
- Putman, J. Markovchick, K., Johnson, D. W. y Johnson, R.T. (1996). Cooperative learning and peer acceptance of students with learning disabilities. *The Journal of Social Psychology*, 136 (6), 741-752.
- Rapier, J., Adelson, R., Carey, R. y Croke, K. (1972). Changes in children's attitudes toward the physically handicapped. *Exceptional Children*, 39, 219-223.
- Rillota, F. y Nettelbeck, T. (2007). Effects of an awareness program on attitudes of students without an intellectual disability towards persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32 (1), 19-27.
- Rosenbaum, P.L., Armstrong, R.W. y King, S.M. (1986). Improving attitudes toward the disabled: A randomized controlled trial of direct contact versus kids-on-the-block. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7 (5), 302-307.
- Rynders, J.E., Johnson, R.T., Johnson, D.W. y Schmidt, B. (1980). Producing positive interaction among Down Syndrome and nonhandicapped teenagers through cooperative goal structuring. *American Journal of Mental Deficiency*, 85 (3), 268-273.
- Schleien, S.J., Ray, M.T., Soderman-Olson, M.L. y McMahon, K.T. (1987). Integrating children with moderate to severe cognitive deficits into a community museum program. *Education and Training in Mental Retardation*, 112-120.
- Shevlin, M. y O'Moore, A.M. (2000). Fostering positive attitudes: Reactions of mainstream pupils to contact with their counterparts who have severe/profound intellectual disabilities. *European Journal of Special Needs Education*, 15 (2), 206-217.
- Shortridge, S.D. (1982). Facilitating attitude change toward the handicapped. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 456-460.
- Siperstein, G.N. y Bak, J. (1985). Effects of social behavior on children's attitudes toward their mildly and moderately mentally retarded peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 90 (3), 319-327.
- Siperstein, G.N. y Chatillon, A.C. (1982). Importance of perceived similarity in improving children's attitudes toward mentally retarded peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 86 (5), 453-458.

Skrtic, T.M., Clark, F.L. y White, W.J. (1982). Modification of attitudes of regular education preservice teachers toward visually impaired students". *Visual Impairment and Blindness*, 49-52.

Strain, P.S. y Odom, S.L. (1986). Peer social initiations: Effective intervention for social skills development of exceptional children. *Exceptional Children*, 52 (6), 543-551.

Strohmer, C., Grand, S.A. y Purcell, M.J. (1984). Attitudes toward persons with a disability: An examination of demographic factors, social context, and specific disability". *Rehabilitation Psychology*, 29 (3), 131-145.

Towfighy-Hooshyar, N. y Zingle, H.W. (1984). Regular-class student's attitudes toward integrated multiply handicapped peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 88 (6), 630-637.

Townsend, M.A.R., Wilton, K.M. y Vakilirad, T. (1993). Children's attitudes toward peers with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 405-411.

Verdugo, M.A., Arias, B. y Jenaro, C. (1994). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO.

Voeltz, L.M. (1980). Children's attitudes toward handicapped peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 84 (5), 455-464.

Voeltz, L.M. (1982). Effects of structured interactions with severely handicapped peers on children's attitudes. *American Journal of Mental Deficiency*, 86 (4), 380-390.

Westervelt, V.D. y McKinney, J.D. (1980). Effects of a film on nonhandicapped children's attitudes toward handicapped children. *Exceptional Children*, 46 (4), 294-296.

Wilhite, B., Adams, C., Goldenberg, L. y Trader, B.R. (1997). Promoting inclusive sport and leisure participation: Evaluation of the paralympic day in the schools model. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 131-146.

Yuker, H. E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York:Springer.

## Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV)

Dámaris Muñoz<sup>1</sup>, Teresa Kirchner<sup>1</sup>, María Fornas<sup>1</sup>, Joana Peñarrubia<sup>2</sup> y Juan Balasch<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona (España)

<sup>2</sup>Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia; Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona, Hospital Clínic – Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS); C / Casanova 143, 08036 – Barcelona (España)

---

### RESUMEN

La infertilidad es una crisis vital que implica malestar psicológico. En este estudio se analizan: a) los estresores relacionados con la infertilidad según sexo y número de intentos de FIV, b) el grado de estrés ligado a la infertilidad y c) la valoración personal de la vivencia de la infertilidad. El tipo de estresores y su valoración se evaluaron en 92 parejas en tratamiento FIV mediante la adaptación española del CRI-Adult Form. Los resultados señalan que las parejas, especialmente las mujeres, consideran la infertilidad como un problema personal. El estresor más citado es la frustración del deseo de ser padre, seguido por el temor a que fracase el tratamiento y las implicaciones psicológicas que conlleva. La experiencia de la infertilidad es similar para ambos miembros de la pareja, pero en las mujeres se observa un mayor nivel de estrés que se incrementa a medida que se suceden los intentos FIV. Estos resultados resaltan la importancia del apoyo psicológico diferenciado según el sexo durante el tratamiento FIV.

*Palabras clave:* experiencia de infertilidad, tratamiento de FIV, estrés, valoración primaria

*Recibido:* 9 de junio de 2009

*Aceptado:* 3 de julio de 2009

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha incrementado el interés por el estudio del impacto psicológico que tiene, tanto para la pareja como para cada uno de sus miembros, el diagnóstico de infertilidad (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila, 2008; Bayo-Borrás, Cánovas y Sentís, 2005; Jordan y Revenson, 1999; Moreno-Rosset, 2009). La infertilidad se ha descrito como una crisis vital; el carácter del ciclo menstrual, de esperanza de embarazo a su inicio y de desesperanza cuando llega la menstruación, convierte la infertilidad en una situación estresante (Llavona, 2008; Wright, Allard, Lecours y Sabourin, 1989). Monat, Averill y Lazarus (1972) señalan que cuando el individuo tiene certeza de la temporalidad del fenómeno estresante, comienza por vivenciar poca tensión, pero posteriormente con los intentos fallidos ésta incrementa.

Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) si bien suponen una esperanza para las parejas que desean concebir, pueden convertirse para muchas de ellas en un factor estresante.

Concretamente, en el proceso de tratamiento FIV se distinguen 3 momentos psicológicamente significativos en los que pueden activarse los niveles de estrés y distintas respuestas emocionales. Estos momentos coinciden con la puesta en marcha del tratamiento, la transferencia de embriones y el resultado de la prueba de embarazo ( $\beta$ -HCG) (Klock y Greenfield, 2000). Estudios de diferencias de sexo en reacciones psicológicas ante la infertilidad han mostrado que las mujeres presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión, así como mayor pérdida de autoestima que los hombres (Lee, Sun y Chao, 2001; Moreno *et al.*, 1999; Wright *et al.*, 1991). No obstante, también se ha sugerido que para los varones la experiencia de la infertilidad es igual de estresante que para mujeres (Boivin *et al.*, 1998; Callan y Hennessey, 1988) y que el resultado fallido de los tratamiento de reproducción asistida frecuentemente va acompañado de ansiedad, depresión y rabia para ambos miembros de la pareja (Laffont y Edelman, 1994; Newton, Hearn y Yuzpe, 1990). La valoración que la pareja realiza de la infertilidad presenta matices diferentes según el género (Collins, Freeman, Boxer y Tureck, 1992; Wirtberg, 1992; Wright *et al.*, 1991). El aspecto más importante de la infertilidad para las mujeres es el deseo de tener hijos, mientras que para los hombres lo es la obligación de cumplir con el rol de hombre, la

presión social de iniciar una familia y sostener su matrimonio (Cook, 1993).

Diversas investigaciones han mostrado que en las mujeres los problemas de infertilidad producen sentimientos de pérdida de control sobre sus funciones corporales, hecho que comporta un alto grado de estrés, mientras que los varones tienden a ejercer mayor control sobre sus emociones (Chatziandreu, Madianos y Farsaliotis, 2003; Facchinetti, Demyttenaere, Fioroni, Neri y Genazzani, 1992; Mahlstedt, MacDuff y Bernstein, 1987; Miranda, Larrazabal y Laban, 1996). De lo expuesto anteriormente se desprende que la vivencia de la infertilidad presenta matices diferenciales según el género.

Diversas variables podrían estar mediando en el nivel de estrés vivenciado por las parejas que se someten a un FIV. Una de ellas es la que hace referencia al número de intentos FIV. Berg y Wilson (1991) encontraron un incremento del estrés emocional después del tercer año de tratamiento de la infertilidad. Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer y Kraaimaat (2005) concluyeron que después del primer intento fallido el nivel de estrés de las mujeres se incrementa, pudiendo representar un factor de riesgo para la manifestación de un cuadro depresivo. También Guerra, Llobera, Veiga y Barri (1998) exponen que el número de intentos FIV pueden estar relacionados con la depresión y la ansiedad.

Otra variable que puede estar mediando en el nivel de estrés antes de iniciar un tratamiento FIV es la valoración (appraisal) que efectúan las parejas sobre la infertilidad. Lazarus y Folkman (1984) describen que frente a un estresor el individuo realiza una valoración primaria de tal estresor y calibra en qué manera éste puede afectarle. Diversos estudios han puesto de relieve que la forma en que los pacientes valoran su infertilidad se relaciona con el nivel de estrés (Bolter, 1997; Hansell, Thorn, Prentice-Dunn y Floyd, 1998).

Según la revisión bibliográfica realizada, existen pocos estudios que hayan categorizado los diferentes tipos de estresores ligados a la experiencia de la infertilidad y hayan analizado las diferencias según el sexo. El objetivo del presente estudio es a) analizar los estresores relacionados con la infertilidad según sexo y número de intentos FIV b) determinar el grado de estrés vinculado a la infertilidad y c) estudiar la valoración (appraisal) que se efectúa de dicha vivencia. En base a la bibliografía revisada se hipotetiza que el nivel de estrés de estas parejas será elevado, principalmente en las mujeres y que se encontrarán diferencias en el tipo de estresores y su valoración en función del sexo y el número de intento FIV.

## MÉTODO

### Participantes

En este estudio participan un total de 92 parejas heterosexuales que se sometían a un tratamiento FIV en la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Clínic de Barcelona (España), durante el período de tiempo de octubre de 2004 a junio de 2005. Los pacientes fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico de casos

consecutivos. La media de edad en varones es de 36.04 años (DT = 4.33; rango 24 – 56) y la de las mujeres de 34.07 años (DT = 2.82; rango 25 – 41). Un 39% de las parejas realizan por primera vez el tratamiento FIV, un 33% lo realizan por segunda vez y el restante 28% por tercera o más veces. En cuanto al tipo de infertilidad, en un 37% es de origen desconocido, en un 33% masculino y en un 30% femenino. En un 95% de los casos la infertilidad es primaria y en los restantes, secundaria. Un 91% de las parejas nunca ha concebido y un 4% de las parejas consiguieron el embarazo, pero éste no llegó a término.

### Instrumentos

Se utilizó la adaptación española (Kirchner, Forns, Muñoz y Pereda, 2008) del Coping Responses Inventory Adult – Form (CRI–A, Moos, 1993) que evalúa las respuestas de afrontamiento ante un estresor concreto. El test consta de tres partes: descripción de un problema, valoración (appraisal) del mismo y estrategias empleadas para hacerle frente. Para el presente estudio se utilizaron la primera y la segunda parte del cuestionario. En la primera parte los participantes debían describir el problema más importante ocurrido en los últimos doce meses referido a la vivencia de la infertilidad. En la segunda parte, se evaluó la valoración que efectuaban los pacientes de sus problemas: análisis de la primera confrontación con el problema (experiencia previa, conocimiento de su ocurrencia y tiempo necesario para hacerle frente), la valoración primaria (considerar el problema como una amenaza o como un reto) y la atribución de responsabilidad del problema a uno mismo o a otros.

El grado de estrés relacionado con la infertilidad se evaluó mediante un ítem *ad hoc* medido en una escala numérica con un rango de 1 “nada” a 10 “mucho”.

Los problemas descritos por los pacientes fueron codificados adaptando el sistema Codificación de los Problemas de los Adolescentes de Forns *et al.* (2004), al contexto de la infertilidad. El problema expuesto se ha evaluado atendiendo a 2 ejes: Naturaleza del problema y Contenido del problema. La categoría Naturaleza del problema identifica si el tipo de problema es vivido como ‘personal’ (le sucede al sujeto), ‘interpersonal’ (le sucede al sujeto en interacción con otro/s) o ‘ajeno’ (le sucede a otra persona). La categoría Contenido del problema presenta la temática del problema según: ‘deseo de maternidad / paternidad’, ‘implicaciones psicológicas’, ‘tiempo de espera’, ‘implicaciones económicas – laborales’, ‘condicionantes biológicos’, ‘técnicas y pruebas médicas’ y ‘fracaso del tratamiento’ (ver tabla 1).

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS
<b>Naturaleza del problema</b>	
1 Personal	Problema que sucede al sujeto
2 Interpersonal	Problema vinculado a la relación del sujeto con otras personas
3 Ajeno	Problema que sucede a otra persona
<b>Contenido del problema</b>	
1 Deseo de maternidad / paternidad	Problema relacionado con el deseo de ser madre o padre y crear una familia

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS
2 Implicaciones psicológicas	Problema relacionado con la afectación o impacto psicológico del estresor: incertidumbre, pensamiento recurrente sobre las causas de la infertilidad, frustración, indefensión, autoculpa, vergüenza, tristeza, ansiedad, etc
3 Tiempo de espera	Problema relacionado con la espera para ser atendidos y/o conocer el diagnóstico
4 Implicaciones económicas – laborales	Problema relacionado con el costo del tratamiento FIV y/o sus repercusiones en el ámbito laboral
5 Condicionantes biológicos (Edad y Salud)	Problema relacionado con la edad recomendada para ser padres o para poder recibir un tratamiento subvencionado por la sanidad pública. Y/O como consecuencia de la aparición de enfermedades que dificultan lograr un embarazo natural
6 Técnicas y Pruebas médicas	Problema relacionado con tener que recurrir a una técnica de reproducción para poder ser padres y/o tener que someterse a pruebas médicas.
7 Fracaso del tratamiento	Problema relacionado con el temor a que el tratamiento resulte fallido

**Tabla 1.** Codificación de problemas expresados por población FIV

El grado de acuerdo entre codificadores (Kappa de Cohen) para el sistema de categorías presentado es el siguiente: Naturaleza del problema (k=.932) y Contenido del problema (k=.988). Según Gardner (1995) estos índices fluctúan entre casi perfectos y perfectos.

**Procedimiento**

El presente estudio fue integrado como parte del protocolo médico de tratamiento FIV. Todas las parejas que participaron en el estudio fueron entrevistas al inicio del tratamiento y se les dio información relativa a la investigación que se estaba realizando. En cumplimiento de los criterios deontológicos del Hospital Clínic de Barcelona se solicitó su consentimiento informado. En esta primera entrevista se les entregó a los pacientes los cuestionarios que debían rellenar, en el plazo máximo de dos días para que las respuestas dadas se ajustaran con el momento concreto del tratamiento FIV.

**Análisis de datos**

Los análisis se han llevado a cabo mediante estadística no-paramétrica. Se han empleado porcentajes para cuantificar los problemas citados por los pacientes y contrastes Chi-Cuadrado con aplicación del test exacto de Monte Carlo y residuos tipificados corregidos para la obtención de las diferencias significativas entre porcentajes. Prueba U-Mann-Whitney para el contraste de diferencias en el nivel de estrés entre géneros. Y finalmente, correlaciones de Spearman para relacionar número de intentos FIV y grado de estrés.

**RESULTADOS**

**Vivencia de la infertilidad: problemas expresados por población FIV, según sexo y número de**

**intentos FIV**

En la tabla 2 se muestran los porcentajes de estresores relacionados con la infertilidad según sexo.

	Total %	Hombres %	Mujeres %
<b>Naturaleza del problema</b>			
Personal	79	71.7	85.9**
Interpersonal	14	15.2	13
Ajeno	7	13**	1.1
Total Naturaleza	100	100	100
<b>Contenido del problema</b>			
Deseo de maternidad/paternidad	33.7	34.8	32.6
Fracaso del tratamiento	17.3	15.2	19.6
Implicaciones Psicológicas	16.3	16.3	16.3
Técnicas y Pruebas médicas	12	12	12
Implicaciones económicas-laborales	8.7	13*	4.3
Condicionantes biológicos	6	5.4	6.5
Tiempo de espera	6	3.3	8.7
Total Contenido	100	100	100

**Tabla 2.** Problemas relacionados con la infertilidad: porcentaje de citación según sexo  
\*\* p < .01 ; \* p < .05

La mayoría de problemas citados por los pacientes son de naturaleza personal ( $\chi^2 = 10.627$ ;  $gl = 2$ ;  $p = .004$ , con aplicación del test exacto de Monte Carlo). Las mujeres en mayor proporción que los hombres vivencian el problema de la infertilidad como ‘personal’ (residuos tipificados corregidos = 2.3) y una mayor proporción de hombres lo vivencian como ‘ajeno’ (residuos tipificados corregidos = 3.2). Se observan diferencias significativas de porcentajes en cuanto al Contenido del problema ( $\chi^2 = 72.793$ ;  $gl = 6$ ;  $p < .001$ ). El problema más citado es el ‘deseo de maternidad / paternidad’, seguido por el miedo al ‘fracaso del tratamiento’, sus ‘implicaciones psicológicas’ y las ‘técnicas y pruebas médicas’ a que deben someterse los pacientes. No se observan diferencias según sexo en ninguno de los problema citados ( $\chi^2 = 6.92$ ;  $gl = 6$ ;  $p = .328$ ), excepto en las ‘implicaciones económicas – laborales’ inherentes al tratamiento donde el porcentaje de varones es superior al de mujeres (residuos tipificados corregidos = 2.1).

Aplicando la corrección de Monte Carlo, tanto en hombres como en mujeres el número de intentos FIV a los que se han visto sometidos (1, 2, o más) no se asocia con la Naturaleza del problema, pero sí con su Contenido ( $\chi^2 = 25.54$ ;  $gl = 12$ ;  $p = .010$ ). El ‘tiempo de espera’ (residuos tipificados corregidos = 2.4) y el uso de las ‘técnicas y pruebas médicas’ (residuos tipificados corregidos = 2.5) preocupan más a las parejas que están en 1er intento FIV, mientras que los problemas relacionados con los ‘condicionantes biológicos’ (salud y edad) preocupan más a las parejas que están en el 2º intento (residuos tipificados corregidos = 2.1).

**Grado de estrés de los problemas relacionados con la infertilidad según sexo y número de intentos.**

El nivel de estrés medio reportado por los varones (escala 1-10) es de 6.29 (DT = 2.34) y el de las mujeres 7.41 (DT = 2.14), estas diferencias son significativamente más elevadas en las mujeres (U = 2981.5; p < .001). Un 15.2% de los hombres y un 32.6% de las mujeres reportan las puntuaciones máximas de intensidad del estrés (9 y 10).

El grado de estrés no varía en función de la Naturaleza ni del Contenido del problema tanto en varones como en mujeres (p > .05 en todos los contrastes). El número de intentos FIV se relaciona con un incremento del grado de estrés en la mujeres (rs = .283; p = .006), pero no en los varones.

**Valoración del problema según sexo y número de intentos FIV.**

La mayoría de pacientes no pensaba que el problema relacionado con la infertilidad le fuera a ocurrir ni había tenido que enfrentarse antes a un problema similar. Casi la mitad de los pacientes lo valora como una amenaza. En la tabla 3 puede observarse los porcentajes de respuesta contestados afirmativamente a cada uno de los ítems de la segunda parte del CRI-Adult relativa a la valoración del problema. No se aprecian diferencias significativas entre varones y mujeres (p > .05 en todos los contrastes).

Ítems valoración del problema	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
1. Resolución de un problema similar anteriormente	16	14	17
2. Saber que el problema iba a ocurrir	9	7	11
3. Tiempo de preparación para afrontarlo	36	39	33
4. Valorar el problema como una amenaza	47	45	48
5. Valorar el problema como un reto	27	27	26
6. Atribuirse la responsabilidad del problema	8	7	10
7. Atribuir a otro la responsabilidad del problema	5	4	6
8. Sacar algo bueno de enfrentarse al problema	43	46	40

**Tabla 3.** Porcentajes de respuestas afirmativas a los ítems del CRI-A sobre valoración del problema

A medida que se suceden los intentos FIV los varones dejan de ver el problema como un reto ( $\chi^2 = 11,195$ ; gl = 3; p = .011; residuos tipificados corregidos = 2.5) y las mujeres tienden a atribuirse la causalidad del mismo ( $\chi^2 = 12,699$ ; gl = 3; p = .005).

**CONCLUSIONES**

Existen pocos estudios que hayan categorizado los estresores vinculados a la infertilidad y hayan establecido su relación con el grado de estrés y la valoración primaria que se efectúa de ellos, diferenciando los resultados en función del sexo. El problema de la infertilidad es

visto por las parejas que asisten a un servicio de reproducción asistida preferentemente como un problema de tipo ‘personal’. Esta vivencia es, no obstante, más frecuente para las mujeres que para los varones. Un escaso, pero significativo porcentaje de varones, expresa el problema de la infertilidad como ‘ajeno’. Esta mayor vivencia de la infertilidad como un problema ‘personal’ por parte de las mujeres puede estar relacionada con el hecho de que es ella quien participa de forma más activa en el proceso de Reproducción Asistida, a través de más pruebas médicas y del propio tratamiento FIV, independientemente del tipo de infertilidad. La diferente reacción a la infertilidad según sexo ha sido informada repetidamente en la bibliografía científica (Lee *et al.*, 2001).

El problema más importante relacionado con la infertilidad para ambos sexos es la dificultad de poder satisfacer el ‘deseo de maternidad y paternidad’, seguido por los estresores vinculados a diversos aspectos del tratamiento (‘técnicas y pruebas médicas’ y ‘fracaso del tratamiento’), así como las ‘implicaciones psicológicas’ inherentes al mismo (sentimientos de desesperanza, frustración, culpa, etc.). Estos resultados están en línea con los mencionados por Guerra (1988) y Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores (2008). Los varones, en mayor medida que las mujeres, se muestran preocupados por las ‘implicaciones económicas y laborales’ que lleva consigo el tratamiento FIV. En líneas generales, los problemas explicados por la población estudiada coinciden con los expuestos por Domar (1997), Brighenti, Martinelli, Ardeni y La Sala (1997), Fekkes *et al.* (2003) y Meyers *et al.* (1995) quienes mencionan que las parejas, desde que reciben el diagnóstico de infertilidad hasta que se pone en marcha el tratamiento, pasan gradualmente por técnicas invasivas (particularmente las mujeres), gasto de tiempo y dinero, y por tantos y tan diversos procedimientos, que acaban siendo, en sí mismos, una fuente de estrés y principal preocupación para éstas.

En el presente estudio se ha observado que el foco de preocupación de las parejas varía en función del número de intentos FIV. En el inicio del tratamiento preocupan aspectos relacionados con las ‘técnicas y pruebas médicas’ y el ‘tiempo de espera’, y en los sucesivos intentos FIV preocupan más los temas relacionados con ‘condicionantes biológicos’ (la edad y la salud). Estos resultados también han sido destacados por Antequera *et al.* (2008).

El proceso FIV resulta más estresante para las mujeres que para los varones, dato que coincide con los resultados obtenidos por Berg y Wilson (1991), Bolter (1997), Hansell *et al.* (1998), Verhaak *et al.* (2005) y Wright *et al.* (1991). No obstante, este mayor nivel de estrés de las mujeres en relación a los varones es una constante en la literatura científica y no puede imputarse exclusivamente al efecto del tratamiento FIV, dado que este hecho también se observa en población general con problemas distintos al de la infertilidad (Kirchner *et al.*, 2008). Los datos del presente estudio resaltan que a medida que se suceden los intentos FIV se observa un incremento de la percepción del estrés en las mujeres, hecho que no se observa en los hombres. Este dato podría estar indicando la mayor implicación y participación activa

de la mujer en el tratamiento y, por lo tanto, un mayor nivel de frustración cuando el tratamiento ha fracasado.

El nivel medio de estrés manifestado por los pacientes al inicio del tratamiento FIV, oscila entre valores medios en los varones y algo más altos en las mujeres, si bien se advierte una importante dispersión en los resultados. De hecho, un 15% de los hombres y un 33% de las mujeres reportan las máximas puntuaciones en nivel de estrés. Estos datos están en línea con resultados previos (Domar, Broome y Zuttermeister, 1992; Meyers *et al.*, 1995; Thiering, Beaurepaire, Jones, Saunders y Tennant, 1993) y difieren de los aportados por otros estudios (Bevilacqua, 1998; Edelman, Connolly y Bartlett, 1994; Lord y Robertson, 2005) que han encontrado que el grado de estrés de los pacientes que inician un tratamiento FIV no difiere de los de la población general. No obstante, como matizan Lord y Robertson (2005) los resultados a partir de puntuaciones medias pueden estar enmascarando importantes porcentajes de pacientes que muestran niveles elevados de estrés.

Por lo que se refiere a la valoración primaria del problema de la infertilidad, la gran mayoría de parejas expresa sorpresa ante este acontecimiento y manifiesta que nunca pensó le pudiera ocurrir; más de la mitad se lamenta de falta de tiempo para afrontarlo. El problema de la infertilidad es vivido más como una amenaza que como reto del que obtener algo positivo. El varón vincula el reto a los condicionantes biológicos y al desafío que generan las pruebas médicas; el reto para las mujeres consiste en afrontar la incertidumbre, frustración, indefensión, autocolpa, vergüenza, tristeza y ansiedad, así como la incógnita del resultado del tratamiento.

A medida que los intentos FIV se suceden los varones dejan de verlo como un reto y las mujeres tienden a atribuirse la causalidad del problema, aspecto que puede conducir a que en la mujer se incrementen los sentimientos negativos que destacan algunos autores (Domar *et al.*, 1992).

Las conclusiones de este trabajo pueden ser extrapoladas a parejas infértiles que buscan ayuda en centros privados de RA. En este sentido sería deseable replicar los datos con parejas infértiles que acuden a servicios públicos donde el tiempo de espera para ser atendidos es considerablemente superior y variables relativas a factores económicos y limitación del número de tratamientos pueden mediar en los resultados obtenidos.

Entre los puntos fuertes de este estudio cabe destacar el análisis pormenorizado de diferentes dimensiones de los problemas vinculados a la infertilidad (naturaleza y contenido), el nivel de estrés que generan y la valoración de los mismos que efectúan las parejas a lo largo de los sucesivos intentos FIV. También consideramos un punto fuerte el incluir a los dos miembros de la pareja en el estudio. Estos análisis lo convierten en un estudio pionero en población catalana.

En suma, la tendencia de los pacientes con diagnóstico de infertilidad a personalizar el problema, especialmente las mujeres, y el progresivo incremento del grado de estrés en los sucesivos intentos FIV, aconsejan potenciar e instaurar

programas de apoyo psicológico en los servicios de Fertilidad (Moreno y Ávila, 2009). Estos programas deberían un componente general que tuviera en consideración a ambos miembros de la pareja, dado que nuestro estudio ha puesto de relieve que la infertilidad y el inicio de un tratamiento FIV es un estresor que los afecta a ambos. Y además, un componente específico que en las mujeres debería incidir fundamentalmente en los sentimientos relacionados con el yo (tristeza, vergüenza, incertidumbre...) y en la atribución del problema a sí mismas (autocolpa y personalización). Y en los varones en el mantenimiento de la vivencia del problema como un reto, dado que ésta valoración disminuye a lo largo del tratamiento FIV.

---

#### Agradecimientos:

Este estudio forma parte de una investigación financiada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el programa de becas FPU (AP 2003- 2943).

Agradecemos la participación del Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia; Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona, Hospital Clínic – Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS); Barcelona, Spain.

#### REFERENCIAS

Antequera, R., Moreno-Rosset, C, Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 167–175.

Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña.

Berg, B. J. y Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioural Medicine*, 14(1), 11–26.

Bevilacqua, K. (1998). The impact of anxiety and depression on the medical treatment of infertile women. *Dissertation Abstracts International. Section B The Sciences and Engineering* 59, 864-(2B).

Boivin, J., Anderson, L., Shoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A., y Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in vitro fertilisation (IVF): Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13, 3262–3277.

Bolter, D. T. (1997). Defences and adaptation to infertility. *Dissertation Abstracts International. Section B The Sciences and Engineering*, 57, 4695-(7B).

Brighenti F, Martinelli F, Ardenti R y La Sala GB (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 76, 431–437.

Callan, V.J. y Hennessey, J.F. (1988). The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 137–140.

- Chatziandreou, M., Madianos, M.G. y Farsaliotis, V.C. (2003). Los factores psicológicos y de personalidad y el tratamiento de la fertilización "in vitro" en la mujer. *European Journal of Psychiatry*, 17(4), 210–219.
- Collins, A., Freeman, E.W., Boxer, A.S. y Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 57, 350–356.
- Cook, R. (1993). The Relationship Between Sex Role And Emotional Functioning In Patients Undergoing Assisted Conception. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 31–40.
- Domar, A. D., Broome, B. A. y Zuttermeister, P. C. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58, 1158–1163.
- Domar, A.D. (1997). Stress and Infertility in Women. En: Leiblum, S.R. (Ed.), *Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies*. John Wiley & Sons Inc., New Jersey, pp. 67–82.
- Edelmann, R. J., Connolly, K. J. y Bartlett, H. (1994). Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research* 38(4), 355–364.
- Facchinetti, F., Demyttenaere, K., Fioroni, L., Neri, I. y Genazzani, A.R. (1992). Psychosomatic disorders related to gynaecology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 137–154.
- Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H.W., Braat, D.D.M., Brewaeyts, A.M.A., Dolfing, J.G., Kortman, M., Leerentveld, R.A. y Macklon, N.S. (2003). Healthrelated quality of life in relation to gender to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction* 18, 1536–1543.
- Forns, M., Amador, J.A., Kirchner, T., Martorell, B., Zanini, D. y Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 646–653.
- Gardner, W. (1995). On the reliability of sequential data: measurement, meaning, and correction. En J. M. Gottman (Ed.). *The analysis of change*, Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri, P.N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733 – 1736.
- Hansell, P. L., Thorn, B. E., Prentice-Dunn, S. y Floyd, D. L. (1998). The relationship of primary appraisals of infertility and other gynaecological stressors to coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5, 133–145.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Flores, M. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 176 –185.
- Jordan, C. y Revenson, T.A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341–358.
- Kirchner, T., Forns, M., Muñoz, D. y Pereda, N. (2008). Psychometric properties and dimensional structure of the spanish version of the coping responses inventory - adult form. *Psycothema*, 20(4), 902–909.
- Klock, S.C. y Greenfield, D.A. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 73, 1159–64.
- Laffont, I. y Edelmann, R.J. (1994). Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 85–92.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, T.Y., Sun, G.H. y Chao, S.C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16, 1762–1767.
- Lord, S. y Robertson, N. (2005). The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(4), 319–332.
- Llavona, L.M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158 –166.
- Mahlstedt, P., MacDuff, S., y Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4, 232–236 .
- Meyers, M., Diamond, R., Kezur, D., Scharf, C., Weinschel, M. y Rait, D.S. (1995). An infertility primer for family therapists: I. Medical, social, and psychological dimensions. *Family Process*, 34, 219–229.
- Miranda, C., Larrazabal, F. y Laban, P. (1996). Family counseling in infertility couples. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 60, 75 –78.
- Monat, A., Averill, J. y Lazarus, R. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 237–253.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory- Adult Form Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.



Moreno-Rosset, C. (2009). *Infertilidad y Reproducción Asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.

Moreno-Rosset, C. y Ávila, E. (2009). Intervención y apoyo psicológicos en infertilidad y reproducción asistida. En C. Moreno-Rosset (Coord.). *Infertilidad y Reproducción Asistida. Guía práctica de intervención psicológica* (pp 155 – 168). Madrid: Pirámide.

Moreno, C., Pérez, A. M., Núñez, R., Guerrero, N., Martínez, J., Caballero, P. (1999). *Proceso psicológico en Reproducción Asistida: Estudio preliminar en parejas infértiles*. XXV Congreso Español de Ginecología y Obstetricia /SEGO), 2(42), 107.

Newton, C.R., Hearn, M.T. y Yuzpe, A.A. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54, 879 – 886.

Thiering, P., Beaurepaire, J., Jones, M., Saunders, D. y Tennant, C. (1993). Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilisation/embryo transfer technology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(5), 481– 491.

Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., van Minnen, A., Kremer, J.A. y Kraaijmaat, F.W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20, 2253–2260.

Wirtberg I. (1992). His and her childlessness. *Doctoral Dissertation in Medical Science*, Karolinska Institutet, Stockholm, Swedwen.

Wright, J., Allard, M., Lecours, A. y Sabourin, S. (1989). Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34, 126–142.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J. y Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55, 100–108.



## **Normas para la publicación de trabajos**

### **Generales:**

El Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology es una revista editada por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla e intenta recoger todas aquellas aportaciones científicas que desde la Psicología Clínica y de la Salud puedan ser de interés para los profesionales y científicos dedicados al estudio del comportamiento humano. Por tanto, es deseo de la revista admitir y publicar trabajos empíricos sobre cualquier aspecto relevante del área de conocimiento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, así como las aportaciones teóricas, casos clínicos, comentarios de trabajos de investigación, revisiones de libros o cualquier otro tipo de trabajo considerado relevante y/o de gran aportación y repercusión para el campo científico que nos ocupa.

Los trabajos que se envíen a la revista deben ser originales e inéditos. Por tanto, no se admitirán aquellos ya publicados o presentados al mismo tiempo en otra revista. Una vez aceptados los mismos, los autores transferirán los derechos de copyright al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla que es el que edita y que podrá imprimir y reproducir por cualquier forma y medios los trabajos presentados y aceptados.

Las opiniones y datos vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de los autores. Asimismo se entiende que todas las personas que firman el trabajo han dado su conformidad para la valoración y difusión del mismo. Todos los trabajos publicados seguirán los criterios aceptados de ética y deontología profesional.

### **Normas generales de envío, estructura y presentación:**

Los trabajos originales serán enviados al Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology por correo ordinario (adjuntando original y tres copias) y electrónico (incluyendo los archivos del trabajo mediante un procesador de texto compatible y especificando en el e-mail el título/s del/os archivo/s que se adjuntan, así como el procesador de texto empleado). Este último medio se utilizará con el fin de abreviar los trámites de publicación en caso de ser aceptado finalmente el trabajo.

Los trabajos se enviarán a la dirección siguiente:

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla  
C/ Camilo José Cela s/n  
41018 – SEVILLA

La dirección de correo electrónico de la revista es: [anuarioclin@us.es](mailto:anuarioclin@us.es). Una vez recibido el trabajo original se le enviará, vía e-mail, al autor principal acuse de recibo del mismo en el mínimo plazo posible.

Los trabajos tendrán una extensión máxima de 4.500 palabras sin contar título, resumen, palabras clave ni referencias. El texto estará escrito a doble espacio (tamaño DIN A-4), sin sangrías ni saltos de página, con texto a una sola cara y con las páginas numeradas consecutivamente. Los artículos estarán escritos en inglés o castellano. Estos últimos serán traducidos al inglés en caso de ser aceptados para su publicación.

Todos los artículos remitidos indicarán en su primera página:

Título del trabajo en inglés y castellano.

Nombre y apellidos de los autores y grado o cualificación profesional y/o académica.

Dirección completa, incluyendo teléfono y e-mail, del autor con el que la revista deberá mantener la correspondencia.

En la segunda página irá el resumen del trabajo en inglés que tendrá una extensión máxima de 175 palabras (cada apartado [objetivos, método, resultados, etc.] aparecerá reflejado), junto con las palabras clave (máximo cinco). En la tercera página se incluirá el resumen en castellano y las palabras clave correspondientes.

En la cuarta página se volverá a poner el título del artículo, sin el nombre de los autores, y se desarrollará el texto del trabajo. La estructura o apartados que deben contener los trabajos se encuentran expuestos en las normas específicas de cada tipo de publicación: empírica (ver punto 14), teórica (ver puntos 15 a 17) o casos clínicos (ver puntos 18 a 21).

Los trabajos que incluyan tablas e ilustraciones (gráficos, figuras, etc.) deberán presentarlas separadas del texto, cada una en hojas aparte, numeradas correlativamente, y acompañadas de encabezado con el número de la misma y título que permita identificar claramente su contenido. En el texto se indicará el lugar deseado y aproximado para situar las tablas y/o ilustraciones. Las tablas deben ser simples según las normas y estilo de la APA y no deben incluir líneas verticales.

Todas las citas que aparezcan en el trabajo deben estar presentes en la lista de referencias y todas las referencias deben ser citadas en el texto. Las citas se insertarán en el texto (nunca a pie de página). Los apellidos de los autores deben escribirse en minúsculas excepto la primera letra. No se especificarán las iniciales de los nombres, a menos que sean necesarias para distinguir dos autores con un mismo apellido (Ejemplo: J.M. Zarit y Zarit, 1982).

Si el apellido del autor forma parte de la narrativa se incluirá solamente el año de publicación del artículo entre paréntesis (p.ej.: Según Olesen (1991), podemos distinguir tres tipos de aferencias sensoriales en las cefaleas...). Si el apellido y fecha de publicación no forman parte de la narrativa del texto se incluirán entre paréntesis ambos elementos separados por una coma (p.ej.: Podemos distinguir tres tipos de aferencias sensoriales en las cefaleas (Olesen, 1991)...).

Si un trabajo tiene dos autores se citarán los dos apellidos cada vez que la referencia aparezca en el texto (p.ej.: Folkman y Moskowitz (2004) revisaron la situación de la investigación de las estrategias de afrontamiento...). Si un trabajo tiene tres, cuatro o cinco autores se citarán todos la primera vez que aparezca la referencia en el texto; en las citas subsiguientes del mismo trabajo se escribirá solamente el apellido del primer autor seguido de la frase "*et al.*" y el año de publicación (p.ej.: Rodríguez, Terol, López y Pastor (1992) adaptaron el cuestionario.... Como mencionamos anteriormente, Rodríguez *et al.* (1992) adaptaron el cuestionario....). Si un trabajo se compone de seis o más autores se citará solamente el apellido del primer autor seguido por la frase "*et al.*" y el año de publicación desde la primera vez que aparece en el texto.

Si se citan dos o más obras por diferentes autores en una misma referencia se escribirán, ordenados alfabéticamente, los apellidos y respectivos años de publicación separados por un punto y coma dentro del mismo paréntesis (p.ej.: ...es absurdo disociar las estrategias de afrontamiento de la personalidad de quien las utiliza (Bouchard, 2003; Bouchard, Guillemette y Landry-Léger, 2004; David y Suls, 1999; Ferguson, 2001; Vollrath y Torgersen, 2000)...). Si existen varias citas del mismo autor se indicará el apellido y los años de los diferentes trabajos separados por comas y acompañados de una letra en el caso de que sean de un mismo año (p.ej.... como afirma McAdams (1995, 1997a, 1997b, 1997c)...).

La lista de referencias bibliográficas aparecerá en página nueva, al final del trabajo, en orden alfabético por apellido del autor y las iniciales de su nombre de pila. Deberá sangrarse la segunda línea de cada entrada en la lista a cinco espacios (una sangría). Los títulos de revistas o de libros se escribirán en letra itálica; en el caso de revistas, la letra itálica comprenderá desde el título de la revista hasta el número del volumen (incluidas las comas antes y después del número del volumen). Se dejará un solo espacio después de cada signo de puntuación. Por ejemplo:

Aspinwall, L. G., y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.

Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer. (Orig., 1996).

El formato de las publicaciones periódicas deberá ser el siguiente: Autor, A. A. (año). Título del artículo. Título de la revista, volumen, número, páginas. Por ejemplo:

Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: the Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1066-1074.

El formato de las publicaciones no periódicas será: Autor, A. A. (año). Título de la obra. Lugar de publicación: Editorial. Por ejemplo:

Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

En el caso de capítulos de libros el formato deberá ser: Autor, A. A. (año). Título del trabajo citado. En Directores, Editores, Compiladores o Coordinadores (Dir., Ed., Comp. o Coord.), Título del libro (páginas). Lugar de publicación: Editorial. Por ejemplo:

Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp 247-270). Madrid: Siglo XXI.

Las comunicaciones a congresos seguirán el formato: Autor/es seguido del Año y el Mes entre paréntesis, el título de la comunicación en cursiva, el nombre del congreso y la ciudad donde se celebró. Por ejemplo,

Beixo, A. (2003, mayo). *Personalidad y afrontamiento de enfermedades crónicas*. Comunicación presentada en el III Congreso Internacional de Psicología de la Salud, Sevilla, España.

Las referencias a recursos electrónicos deberán proveer al menos, el título del recurso, fecha de publicación o fecha de acceso, y la dirección (URL) del recurso en el Web. En la medida que sea posible, debe aparecer el autor del recurso. El formato básico será: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. Recuperado (Fecha de acceso), de (URL-dirección). Por ejemplo,

Sanzol, J. (2001). Soledad en el anciano. Recuperado el 12 de mayo de 2004, de <http://www.personal.uv.es/sanzol>.

En caso de duda sobre otras normas de publicación no recogidas anteriormente, se deberán seguir los criterios establecidos en la quinta edición del *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001).

#### Normas específicas para los trabajos de carácter empírico:

Los artículos de esta sección serán aportaciones relevantes en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. Seguirán un orden lógico, una presentación clara y estructurada que seguirá el siguiente orden:

Introducción y justificación del trabajo

Objetivos e hipótesis

Método: participantes; diseño, variables y condiciones de control; materiales y/o instrumentos y procedimiento

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

### **Normas específicas para los trabajos de carácter teórico:**

La revista Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology recoge artículos teóricos desde diferentes perspectivas (cognitiva, dinámica, conductual, sistémica, etc.) que representen aportaciones destacadas acerca de los diferentes contenidos que aborda.

Los artículos de esta sección llevarán, al igual que todos los demás, un orden coherente y una presentación clara y estructurada. Expresarán una justificación de la relevancia del tema a tratar (en la introducción del trabajo) y una aportación expresa de carácter práctico para que el profesional obtenga una referencia de naturaleza aplicada (con independencia de la línea teórica de la que proceda) del tema a tratar (en la discusión del mismo).

La estructura a seguir será la siguiente:

Introducción y tesis (aspecto que se quiere exponer o defender)

Discusión

Conclusiones (breves y delimitadas de forma clara).

Referencias.

### **Normas específicas para la exposición de casos clínicos:**

En esta sección se recogerá la descripción de uno o más casos clínicos que, por sus peculiaridades, supongan una aportación y/o repercusión importante al conocimiento del proceso analizado.

Los artículos de esta sección además de llevar un orden coherente y una presentación clara, podrán seguir las siguientes estructuras:

Encuadre teórico	o bien:	a) Introducción
Participantes		b) Descripción del/os caso/s clínico/s
Procedimientos de evaluación		c) Discusión
Tratamiento		d) Referencias
Resultados		
Referencias		

En la descripción de los casos nunca se utilizarán ni los nombres ni las iniciales reales de los pacientes sobre los que se ha realizado el estudio motivo de publicación.

### **Revisión y publicación de los trabajos:**

Los trabajos que cumplan las normas expuestas anteriormente, serán revisados anónimamente por expertos en el tema tratado, quienes informarán a la dirección de la revista de la valoración y posibles modificaciones a realizar en el mismo. Dicha valoración será remitida por la dirección al autor en un plazo máximo de tres meses.

Una vez valorado, modificado (si es el caso), revisado y aceptado definitivamente el artículo, se determinará por parte de la dirección la publicación del artículo y se comunicará al autor principal, la fecha y el número de la revista en que será publicado el trabajo. En cualquier caso, la decisión final de publicar o no un artículo, corresponde en última instancia, a la dirección de la revista.

Los artículos que no aparezcan en el último número de la revista, pero se encuentren aceptados, serán publicados en las próximas ediciones, mientras tanto engrosarán el listado de artículos aceptados y pendientes de publicación.

Los artículos que no cumplan las normas establecidas o que no sean aceptados para su publicación no serán sometidos a revisión ni serán devueltos a los autores, aunque sí se notificarán los motivos de exclusión. En cualquier caso, la revista se reserva el derecho a introducir las modificaciones que considere oportunas para el cumplimiento de las normas establecidas.

El envío de un artículo a la revista Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology supondrá la aceptación de todas las normas anteriores por parte de los autores del trabajo original presentado.



## **Nuestros revisores**

Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology desea agradecer el excelente trabajo de todos los revisores de este volumen 5 Aplicaciones de la Psicología Positiva en Clínica y Salud:

M<sup>a</sup> Mar Aires González  
M<sup>a</sup> Merced Barbancho Morant  
Mercedes Borda Más  
Francisco Javier Cano García  
M<sup>a</sup> Dolores Callejón Chinchilla  
Guillem Feixas Viaplana  
Jesús García Martínez  
Miguel Garrido Fernández  
Isabel M<sup>a</sup> Granados Conejo  
M<sup>a</sup> Dolores Lanzarote Fernández  
Eva M<sup>a</sup> Padilla Muñoz  
José Manuel Rodríguez González  
María Valdés Díaz