

ISSN: 2605-5295

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH



PSYCHOLOGY
RESEARCH

Julio - Diciembre, 2022

VOL. 5 NUM. 2



<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

EQUIPO EDITORIAL / EDITORIAL TEAM / EQUIPA EDITORIAL

Editor Jefe / Editor in chief / Editor Chefe

Juan Luis Martín Ayala. Universidad Europea del Atlántico, España

Secretaria / General Secretary / Secretário Geral

Beatriz Berríos Aguayo. Universidad de Jaén, España

Cristina Arazola Ruano. Universidad de Jaén, España

Mariana Gómez Vicario. Universidad de Jaén, España

Editores Asociados / Associate Editors / Editores associados

Arlette Zárate Cáceres. Universidad Internacional Iberoamericana, México

David Gil Sanz. Universidad Europea del Atlántico, España

Maríacarla Martí González. Universidad Europea del Atlántico, España

Sergio Castaño Castaño. Universidad Europea del Atlántico, España

Consejo Científico Internacional / International Scientific Committee / Conselho Científico internacional

José Antonio Adrián, Universidad de Málaga, España

Ana Aierbe, Universidad del País Vasco, España

Francisco Alcantud, Universidad de Valencia, España

Raquel-Amaya Martínez, Universidad de Oviedo, España

Imanol Amayra Caro. Universidad de Deusto, España.

Pedro Arcía, Universidad Especializada de las Américas, Panamá

Enrique Arranz, Universidad del País Vasco, España

César Augusto Giner, Universidad Católica de Murcia, España

Sofía Buelga, Universidad de Valencia, España

José Luis Carballo Crespo. Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

Juan Luís Castejón, Universidad de Almería, España

Susana Corral, Universidad de Deusto, España

Erika Coto, Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Andrés Dávila, Universidad del País Vasco, España

Amaro Egea Caparrós, Universidad de Murcia, España

María Eugenia Gras, Universidad de Girona, España

Maite Garaigordóbil, Universidad del País Vasco, España

Félix Loizaga, Universidad de Deusto, España

Luis López González, Universidad de Barcelona, España

Juan Francisco Lopez Paz, Universidad de Deusto, España

Juan Luís Luque, Universidad de Málaga, España

Timo Juhani Lajunen, Middle East Technical University, Turquía

Ana Martínez Pampliega, Universidad de Deusto, España

Laura Merino Ramos. Universidad de Deusto, España.

Julio Pérez-López. Universidad de Murcia, España.

Concepción Medrano, Universidad del País Vasco, España

Ramón Mendoza, Universidad de Huelva, España

Cristina Merino, Universidad del País Vasco, España

Francisco Moya, Universidad Católica de Murcia, España

Manuel Peralbo, Universidad de La Coruña, España

Esperanza Ochaita, Universidad Autónoma de Madrid, España

Fernando Olabarrieta, Universidad del País Vasco, España

Alfredo Oliva, Universidad de Sevilla, España

Rosario Ortega, Universidad de Córdoba, España

M^a José Rodrigo, Universidad de La Laguna, España

Emilio Sánchez, Universidad de Salamanca, España

Miguel Ángel Santed, UNED, España

Mark Sullman, Middle East Technical University, Turquía

Adriana Wagner, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Patrocinadores:

Funiber - Fundación Universitaria Iberoamericana
Universidad internacional Iberoamericana. Campeche
(México)
Universidad Europea del Atlántico. Santander (España)
Universidad Internacional Iberoamericana. Puerto
Rico (EE. UU)

Colaboran:

Centro de Investigación en Tecnología Industrial de Cantabria
(CITICAN)
Grupo de Investigación IDEO (HUM 660) - Universidad de
Jaén
Centro de Innovación y Transferencia Tecnológica de
Campeche (CITTECAM) – México.

SUMARIO / SUMMARY / RESUMO

- Editorial121

- Bienestar psicológico, inteligencia emocional y resolución de conflictos en miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado español: un estudio correlacional123
Psychological well-being, emotional intelligence, and conflict resolution in members of the spanish state security forces and corps: a correlational study
Celia Antuña Camblor. Universidad Europea del Atlántico (España).

- Análisis de las habilidades interpersonales y de autoconocimiento del alumnado de 8ª y 9ª de Educación Primaria.....135
Analysis of interpersonal skills self-control and self-awareness of students in the 8th and 9th years of elementary school
María Verónica Santana Salles, María Aparecida Santos e Campos. Universidad Europea del Atlántico (España).

- Asociación de los estilos parentales, estructura y percepción familiar en la aparición de conductas delictivas en adolescentes.....149
Association of parental styles, structure and family perception in the emergence of criminal behaviour in adolescents
María Angélica Vivas, Robinson Martínez, Laura Vivas, Kelly Romero, Katy Arroyo. Corporación Universitaria del Caribe (Colombia).

- Impactos psicosociales de la COVID-19 entre los estudiantes universitarios de Uruguay165
Psychosocial impacts of COVID-19 among university students in Uruguay
Alejandro Vásquez-Echevarría, Tianna Loose. Universidad de la República (Uruguay).

- Características sociodemográficas y síntomas psicopatológicos de pacientes atendidos por psicología clínica en atención primaria: un estudio descriptivo183
Sociodemographic characteristics and psychopathological symptoms of patients attended by clinical psychology in primary care: a descriptive study
Ana Isabel Burguillos Peña. Psicóloga (España).

- Actitudes hacia la muerte en el personal sanitario: propuesta de intervención.....201
Attitudes towards death in health personnel
Miguel Basalo, Francisco Rivera, Jesús González, María Cantero. Universidad Internacional de Valencia (España).

Editorial

Terminamos el año con la siguiente edición de la revista *Psychology Research*. El primer artículo del número actual es una aportación científica con el objetivo de identificar el estilo de resolución de conflictos predominante en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado español. Igualmente, pretende describir la relación entre resolución de conflictos e inteligencia emocional, así como comprobar la relación entre resolución de conflictos y bienestar psicológico. Para ello, se utiliza una amplia muestra en la que se ha medido con distintos cuestionarios el bienestar emocional, la inteligencia emocional y los estilos de resolución de conflictos. A la vista de los resultados obtenidos, el estudio incide en los beneficios de formar a los trabajadores en técnicas de mediación y resolución de conflictos.

La siguiente aportación tiene como finalidad analizar la autoconciencia y el autocontrol en un estudio comparativo entre estudiantes con formación en competencias emocionales desde la perspectiva de la inteligencia emocional y estudiantes sin formación en dichas competencias. Los resultados parecen indicar que muchos de los encuestados tienen poca capacidad para afrontar las emociones de una forma adecuada, por lo que se concluye que es necesaria una mayor concienciación e implicación por parte de los padres y madres, así como de los responsables educativos respecto a la estimulación de los componentes emocionales.

El tercer artículo investiga la relación entre los estilos educativos parentales, la estructura familiar y la percepción de la funcionalidad familiar en la aparición de conductas delictivas en adolescentes. Los resultados muestran relaciones significativas entre las conductas delictivas y una baja percepción de la funcionalidad familiar basada en la poca cohesión familiar, comunicación unidireccional, afirmaciones de poder, normas rígidas e inflexibles y poca implicación afectiva, propios de estilos de crianza autoritarios y negligentes. Estos resultados permitieron concluir que el factor familiar que incide de manera significativa en la adopción de conductas delictivas en los adolescentes es la percepción que estos tienen acerca del funcionamiento familiar y de los factores de apoyo, resolución de conflictos, participación en la toma de decisiones, establecimiento de límites y tolerancia a la crisis que encuentren presentes en el entorno familiar.

El siguiente artículo explora el impacto psicosocial que ha tenido la COVID-19 entre estudiantes universitarios de Uruguay. Sus objetivos fueron describir en detalle el impacto, identificar las relaciones entre las diferentes dimensiones y resaltar los factores determinantes de la salud mental. Los estudiantes indicaron un aumento en los signos de ansiedad, depresión o alteraciones del sueño, además de otros factores relacionados, como el aumento en el uso de sustancias, el deterioro en las relaciones sociales, el impacto negativo del cierre de las facultades y las preocupaciones económicas personales. Los hallazgos se discuten en términos de sus implicaciones para la salud pública y las direcciones futuras de investigación sobre los efectos de la pandemia en la salud mental.

La quinta propuesta consistió en evaluar las características sociodemográficas y la sintomatología psicopatológica de los pacientes atendidos por psicología clínica en atención primaria. La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevista clínica, un cuestionario para variables sociodemográficas y aspectos clínicos ad hoc, y el cuestionario de salud general GHQ-28. Se evaluaron los motivos de atención más frecuentes, la presencia de tratamiento psicofarmacológico y los procesos de intervención psicológica. A la vista de los resultados, se concluyó que la intervención psicológica proporciona un mejor ajuste psicológico y evita la cronificación de la psicopatología.

Cerramos el número actual con un artículo que realiza una revisión sobre las actitudes hacia la muerte en el profesional sanitario, con el objetivo de profundizar en las implicaciones prácticas de dichas actitudes. Se constató la ausencia de intervenciones basadas en promover la resiliencia, estrategias de afrontamiento y otros factores intervinientes en la actitud hacia la muerte en este colectivo y se presentó un programa destinado a la prevención y la promoción de competencias para proporcionar un mayor bienestar y un mejor manejo de estas situaciones. Entre sus objetivos: desarrollar estrategias de afrontamiento para gestionar las situaciones adversas que surgen al afrontar la muerte a diario, facilitar una buena gestión emocional y ser capaz de recuperarse del impacto que causan dichas situaciones a través de la compasión, autocompasión, gratitud y manejo de la culpa.

Dr. Juan Luís Martín Ayala
Editor Jefe / Editor in chief / Editor Chefe

Cómo citar este artículo:

Antuña, C. (2022). Bienestar psicológico, inteligencia emocional y resolución de conflictos en miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado español: un estudio correlacional. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 123-134. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.790.

BIENESTAR PSICOLÓGICO, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN MIEMBROS DE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO ESPAÑOL: UN ESTUDIO CORRELACIONAL

Celia Antuña Camblor

Universidad Europea del Atlántico (España)

celia.a.camblor@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-0555-6441>

Resumen. Introducción: La resolución de conflictos y el bienestar emocional son cruciales ante situaciones de estrés agudo como puede ser el trabajo policial. Es por ello que los objetivos de este trabajo son: (1) identificar el estilo de resolución de conflictos predominante en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado español, (2) describir la relación entre resolución de conflictos e inteligencia emocional y, (3) describir la relación entre resolución de conflictos y bienestar psicológico. Método: se ha utilizado una muestra de 434 participantes pertenecientes de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y se ha medido con distintos cuestionarios el bienestar emocional, la inteligencia emocional y los estilos de resolución de conflictos. Resultados: el estilo predominante era el evitativo en más de la mitad de la muestra. Las variables asertividad y bienestar psicológico pueden explicar el 78.1% de la varianza del estilo integrador. Se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la inteligencia emocional y estilos de resolución de conflicto. Discusión: En base a los resultados, podría ser beneficioso instruir a los trabajadores en técnicas de mediación y resolución de conflictos tal y como se ha realizado en algunas ocasiones (ej. Medipol). A diferencia de otros estudios anteriores, se han encontrado correlatos significativos entre algunas variables de inteligencia emocional y los estilos de resolución de conflictos. Sin embargo, el estudio presenta limitaciones a tener en cuenta como el hecho de no incluir variables de personalidad.

Palabras clave: Resolución de Conflictos; Bienestar psicológico; Inteligencia emocional; Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, EMOTIONAL INTELLIGENCE, AND CONFLICT RESOLUTION IN MEMBERS OF THE SPANISH STATE SECURITY FORCES AND CORPS: A CORRELATIONAL STUDY

Abstract. Introduction: Conflict resolution and emotional well-being are crucial in acute stress situations such as police work. That is why the objectives of this work are: (1) to identify the predominant conflict resolution style in the Spanish State Security Forces and Bodies, (2) to describe the relationship between conflict resolution and emotional intelligence and, (3) describe the relationship between conflict resolution and psychological well-being. Method: a sample of 434 participants belonging to the State Security Forces and Corps has been used and emotional well-being, emotional intelligence and conflict resolution styles have been measured with different questionnaires. Results: the predominant style was avoidance in more than half of the sample. The assertiveness and psychological well-being variables can explain 78.1% of the variance of the integrative style. Statistically significant correlations have been found between emotional intelligence and conflict resolution styles. Discussion: Based on the results, it could be beneficial to instruct workers in mediation and conflict resolution techniques, as has been done on some occasions (eg Medipol). Unlike other previous studies, significant correlates have been found between some variables of emotional intelligence and conflict resolution styles. However, the study has limitations to consider, such as the fact that it does not include personality variables.

Keywords: Conflict Resolution; Psychological Well-being; Emotional Intelligence; Security Forces and Corps

Introducción

La inteligencia emocional afecta a nuestra vida cotidiana en distintos ámbitos como la salud física y mental o la educación (Baudry et al., 2018; Li et al., 2021; Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007). A pesar de la importancia que tienen nuestras emociones en tantos ámbitos, solo algunos autores se habían interesado por el campo emocional escasamente y, no es hasta los años 90, cuando Mayer y Salovey deciden investigarlo. Así, descubren un constructo al que denominan inteligencia emocional y que definen como un conjunto de habilidades que contribuyen a la evaluación y expresión, la regulación y el uso de los sentimientos (Salovey & Mayer, 1990, p. 189). Unos años más tarde, Goleman popularizó el término y enumeró tres componentes principales: la empatía, la asertividad y las relaciones prosociales (Goleman, 1995; Goleman & Cherniss, 2005).

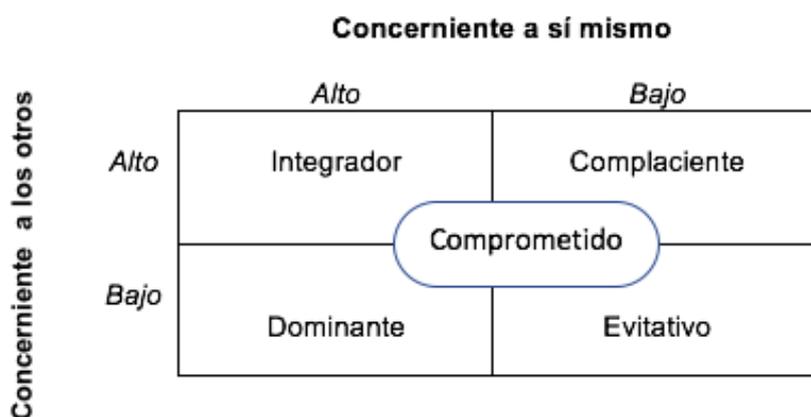
Hoy en día, este concepto se sigue desarrollando y aumentando el corpus científico, demostrando de una forma clara que la inteligencia emocional afecta a la salud y en concreto a la salud mental, por lo que repercute en nuestro bienestar. El concepto de bienestar es un término muy importante dentro de la salud y sobre todo dentro de la salud mental llegando a ser reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un objetivo primordial (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013). Sin embargo, no hay un consenso entre autores para delimitar el significado del término y existen dos perspectivas a la hora de hablar de bienestar: la perspectiva hedónica y la perspectiva eudemónica. A la primera se la conoce con el nombre de bienestar subjetivo y encaja con la vertiente afectiva, según la cual lo importante es la búsqueda de la felicidad. La segunda tiene una orientación más cognitiva y se la conoce como bienestar psicológico. En esta corriente, bienestar y felicidad dejan de ser sinónimos pasando a ser el bienestar el desarrollo de habilidades necesario para el crecimiento personal.

Dentro de la perspectiva eudemónica o bienestar psicológico destaca Ryff (1989, 2014), quien elaboró un modelo multidimensional y una escala para medir el bienestar psicológico. En la escala distinguió seis dimensiones (auto-aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal). Posteriores estudios mediante análisis factorial confirmatorio han ratificado la existencia de esos seis factores (ej. Gallardo Cuadra & Moyano-Díaz, 2011).

Otro aspecto muy relacionado con el bienestar emocional es el manejo que la propia persona hace de los conflictos ya que cada individuo en la organización maneja los conflictos interpersonales de distinta forma, según su estilo de resolución de conflicto (Afzalur Rahim, 2000; Afzalur Rahim et al., 2000; M. A. Rahim & Katz, 2019). Los estilos de manejo de conflictos pueden definirse como las maneras en que los individuos se aproximan a la otra parte en una situación de conflicto (Abas, 2010). Según el modelo de Rahim y Bonoma (1979) los estilos de manejo de conflicto se definen en torno a dos dimensiones: respecto a “sí mismo” (es decir, el grado en el que se intentan satisfacer las propias preocupaciones) y respecto a los “otros” (o medida en que la persona tiende a satisfacer las preocupaciones ajenas). Esta estructura, que ha sido confirmada en distintas décadas (Rahim & Katz, 2019) propone una estructura bidimensional que da lugar a cinco estilos de resolución de conflictos (ver *Figura 1*): integrador, complaciente, dominante, evitativo y comprometido.

Figura 1

Estilos de resolución de conflictos según Rahim



Estos estilos son descritos de la siguiente manera (Rahim, 2000; Rahim & Bonoma, 1979; Rahim & Katz, 2019):

1. El estilo integrador o solución de problemas (ganar-ganar). Existe una colaboración entre las partes ya que intercambian información y examinan las diferencias para encontrar una solución para los involucrados. Hay dos elementos distintivos en este estilo: la confrontación y la solución del problema. Mediante el primero, se establece una comunicación abierta que lleva al entendimiento y el análisis de las causas. Es por lo tanto un requisito para el segundo elemento que supone una identificación y solución del problema teniendo en cuenta los intereses de ambas partes.

2. Estilo complaciente o acomodativo (perder-ganar). La persona no atiende a las diferencias existentes y tiende a satisfacer a los otros. La persona se sacrifica por la otra, por lo que suelen usarlo las personas poco hostiles con estrechos vínculos de amistad.
3. Estilo dominante o competitivo (ganar-perder). La orientación del problema es ganar, el objetivo es ganar el conflicto para su propio beneficio ignorando totalmente a los demás. Lo usan personas dominantes. Si no posee una posición de mando o poder tenderá a la mentira o la manipulación para imponerse al resto.
4. Estilo evitativo (perder-perder). Mediante este estilo se trata de posponer o evitar el conflicto. Estas personas no satisfacen sus necesidades ni las de los demás ni son capaces de reconocer la existencia de un conflicto.
5. Estilo comprometido (ni ganar ni perder). Es un estilo intermedio donde la persona tiene en cuenta sus beneficios y los del resto. En este estilo se presiona menos que el dominante pero no tanto como en el complaciente y es más directo que el evitativo pero no explora tanto como el integrador.

Algunos autores han tratado de relacionar la inteligencia emocional con los estilos de resolución de conflicto. En esta línea, Morrinson (2008) demostró que todas las dimensiones de la inteligencia emocional (autoconciencia, autogestión, conciencia social y gestión de relaciones) correlacionaban positivamente con el modo integrador mientras que solo dos dimensiones correlacionaban negativamente con el complaciente (autogestión y gestión de relaciones). El estilo evitativo no tuvo correlatos en ninguna dimensión de inteligencia emocional mientras el comprometido se relacionó negativamente con la autoconciencia.

Tanto bienestar emocional como la resolución de conflictos son cruciales ante eventos que supongan alto estrés. Un ejemplo de trabajo bajo altos niveles de estrés agudo es el de la policía (Miller, 2007), en donde se experimentan elevados niveles de activación fisiológica y emocional (García-Castro, 2015). Si a esto sumamos que “cuanto mejor encajan los requisitos de un trabajo y las competencias de una persona, mayor será el rendimiento de la persona en ese puesto y la satisfacción en el empleo” (Spencer y Spencer, 1993, citado en Goleman & Cherniss, 2005, p. 241) entendemos la importancia de las competencias emocionales dentro del ámbito laboral policial.

En un estudio en el ámbito europeo durante más de tres años, realizado por el grupo de investigación de la Universidad de Maastricht y liderado por Fred Ziljstra se analizó el impacto del estrés en el absentismo laboral. Las conclusiones sugieren que los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad son los profesionales con mayor estrés laboral (García-Castro, 2015). Por ello parece que es de vital importancia el manejo y uso eficaz de las emociones. Sin embargo, muy pocas investigaciones se han destinado a ello. En esta línea, López-Curbelo y sus colaboradores (2006) examinaron la inteligencia emocional en una muestra de policías locales de Canarias. Los resultados del estudio muestran que, si bien poseían habilidades adecuadas para conocer, comprender, regular y controlar sus emociones, la mayoría necesitaba mejorar sus competencias para percibir las emociones. Otro dato de relevancia que se extrajo de este trabajo es que los policías que tenían capacidad para reconocer sus sentimientos eran más sensibles a lo que los demás opinaban o pensaban pudiendo dar lugar a una diversidad de emociones como vergüenza o sentido de inferioridad. Por otra parte, los que tenían una buena regulación emocional experimentaron menos estas emociones negativas. Con los resultados del

citado estudio se pone de relevancia que una inteligencia emocional adecuada dentro del ámbito policial va a mejorar tanto su bienestar psicológico como su salud mental lo que va a revertir en una mejora en las tareas laborales del personal. Toda esta situación podría ser la que lleva a un número realmente importante de suicidios dentro de las fuerzas de seguridad.

Los objetivos de este trabajo son (1) identificar el estilo de resolución de conflictos predominante en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado español, (2) describir la relación entre resolución de conflictos e inteligencia emocional y, (3) describir la relación entre resolución de conflictos y bienestar psicológico.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 434 participantes con rango de edad entre 18 y 45 años ($M = 28.41$, $DT = 11.89$) que pertenecían a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado; el 54.15% ($n = 235$) eran de la Guardia Civil, el 23.27% ($n = 101$) eran trabajadores adscritos a la Policía Nacional, el 11.52% ($n = 50$) pertenecían a la Policía Local, el 8.06% ($n = 35$) trabajaba dentro de las Policías de las Comunidades Autónomas, el 1.84% ($n = 8$) lo hacían como Policía Portuaria y el 1.15% ($n = 5$) eran agentes forestales. El 64.75% ($n = 281$) de los encuestados eran hombres y el 35.25% ($n = 153$) restante eran mujeres.

Instrumentos

Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Rivera et al., 2016). El instrumento consta de 29 ítems que evalúan 6 dimensiones: autoaceptación ($\alpha = .82$) (4 ítems; e.g., «en general, me siento seguro y positivo conmigo mismo»); autonomía ($\alpha = .77$) (6 ítems; e.g., «tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones»); relaciones positivas con otras personas ($\alpha = .86$) (5 ítems; e.g., «siento que mis amistades me aportan muchas cosas»); crecimiento personal ($\alpha = .79$) (4 ítems; e.g., «tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona»); dominio del entorno ($\alpha = .83$) (5 ítems; e.g., «en general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo»); y propósito en la vida ($\alpha = .87$) (6 ítems; e.g., «tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida»).

Subescala asertividad del Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE) (Mikulic et al., 2015). Está formada por 11 ítems ($\alpha = .73$) (e.g. “Me pone incomodo decir zque algo me molesta”) que miden las conductas que permiten expresar adecuadamente oposición, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos.

Subescala de empatía del Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE) (Mikulic et al., 2015). Constituida por 5 ítems (e.g. “Es difícil para mí ver las cosas desde el punto de vista del otro”) ($\alpha = .80$), evalúa la reacción emocional producida por y congruentemente con el estado emocional del otro (Mikulic et al., 2015).

Subescala prosocial del Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE) (Mikulic et al., 2015). Está formada por 6 ítems (e.g. “Me cuesta aceptar

que otro piense diferente”) ($\alpha = .72$) que evalúan las acciones voluntarias realizadas para el beneficio de otros (Caprara y Pastorelli, 1993).

Inventario de Rahim sobre Estilos de Manejo de Conflictos (Rahim Organizational Conflict Inventory II, form C; ROCI-II forma C; Rahim 1983). Este instrumento informa sobre la frecuencia con que los participantes perciben utilizar cada uno de los estilos de conflicto del modelo de Rahim (1983, 2001). En este estudio se utilizó la versión castellana del instrumento validado por Munduate et al. (1993) que mide cinco estilos de resolución de conflictos: (1) integrador ($\alpha = .91$), (2) dominante ($\alpha = .70$), (3) evitativo ($\alpha = .82$), (4) complaciente ($\alpha = .83$), y comprometido ($\alpha = .82$) (Munduate et al., 1993)

Respecto a la forma de aplicación de las escalas, se utilizó una escala tipo Likert de siete puntos ya que se ha demostrado que a pesar de que se creía que a mayor número de puntos de la escala Likert, mayor fiabilidad, no hay diferencias significativas a partir de los siete puntos (Lozano et al., 2008).

Procedimiento

La aplicación de las escalas tuvo lugar de forma informatizada utilizando las recomendaciones (Elosua, 2020). La participación en el estudio fue previamente informada y voluntaria por todos los participantes. La elección del formato informatizado fue debido a varias razones (Eiroá- Orosa et al., 2018). En primer lugar, el acceso a la muestra policial suponía una mayor facilidad en cuanto a sus niveles de participación. Por otro lado, el hecho que no se requiera la presencialidad ha hecho posible que los cuestionarios fueran aplicados a personas que físicamente no se encontraran en la misma Comunidad Autónoma del estudio permitiendo así una mayor flexibilidad. Además, en la revisión

Una vez los datos fueron recogidos, se procedió a analizarlos con el programa informático IBM SPSS Statistics.

Resultados

En cuanto a los resultados obtenidos a la hora de analizar los estilos de resolución de conflictos en la muestra de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, el 55.07% ($n=239$) de los participantes presentó un estilo de resolución de conflictos evitativo, el 23.27% ($n=101$) un estilo integrador, el 9.68% ($n=42$) obtuvo una puntuación referida a un estilo de resolución de conflicto complaciente, el 8.53% ($n=37$) un estilo dominante y el 3.46% ($n=15$) un estilo comprometido.

Las correlaciones entre los estilos de resolución de conflicto y las variables de inteligencia emocional, así como el bienestar psicológico se pueden observar en la tabla 1. Como se aprecia, solo existe una relación estadísticamente significativa con las variables analizadas en los estilos de resolución de conflicto integrador, complaciente y comprometido.

Tabla 1

Correlaciones entre las variables

	Bienestar psicológico	Asertividad	Empatía	Prosocial	Años de servicio
Integrador	.686*	-.809*	-.198	-.118	-.055
Complaciente	-.080	-.200	.416*	-.130	.039
Dominante	-.190	.060	.166	-.092	-.034
Evitativo	-.011	-.151	.093	-.024	-.076
Comprometido	.221	-.549*	.124	-.115	-.058

En el estilo de resolución de conflictos integrador, existe una relación estadísticamente significativa con los niveles de esta forma de manejar los problemas y los de bienestar psicológico y asertividad. Sin embargo, mientras a mayor nivel de bienestar psicológico mayores son las puntuaciones en esta estrategia de solución, la relación del estilo integrador y la asertividad toma el camino opuesto de forma que a mayor asertividad, menores son los niveles de este estilo de resolución de conflicto.

Continuando con el complaciente, este solo se relaciona de forma directa con la empatía de manera que, a mayor nivel de empatía, más alta es la puntuación en el modo complaciente.

En cuanto al estilo de resolución de conflictos comprometido solamente se relaciona, al menos de manera significativa con la asertividad. Además, la relación con la asertividad vuelve a ser inversa en este estilo de resolución de conflicto.

Tras ello, se pasa al último objetivo del presente trabajo que hace referencia a la creación de una ecuación capaz de predecir los modos de resolución de conflicto. Como se ha visto que las relaciones entre variables solo eran estadísticamente significativas para tres estilos de resolución de conflicto (integrador, complaciente y comprometido), solo se trabajará con esas tres variables como variables dependientes. Antes de proceder a realizar la regresión lineal, se han comprobado los supuestos necesarios (normalidad e independencia).

Por último, el estilo integrador es el único que se puede predecir con las variables estudiadas. En concreto, utilizando la asertividad y el bienestar psicológico estaríamos explicando el 78.1% de las diferencias en cuanto a los resultados obtenidos esta variable dependiente (ver Tabla 2.). Además, la ecuación de regresión para pronosticar la puntuación del sujeto quedaría representada de la siguiente forma:

$$\text{Integrador} = .8.836 + .321 (\text{Asertividad}) + .047 (\text{Bienestar psicológico})$$

Tabla 2

Coefficiente determinación en estilo integrador

	R	R cuadrado
Asertividad	.809	.655
Asertividad y bienestar psicológico	.884	.781

Discusión y conclusiones

Tal y como se ha visto y siendo este estudio pionero, los estilos de resolución de conflictos en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado son bastante pobres. En concreto, el más predominante fue el evitativo (55.07%). Esto quiere decir que la mayor parte de ellos no afronta sus problemas, sino que tratan de posponer o evitar el conflicto sin satisfacer las necesidades propias o ajenas ni reconocer la existencia de tal conflicto (M. A. Rahim & Katz, 2019). El hecho de que la evitación sea una estrategia predominante es de especial importancia ya que se ha demostrado que repercute en la salud mental (Goodman et al., 2018) pudiendo aumentar las bajas laborales y logrando relacionarse con algunas de las noticias publicadas sobre estos trabajadores, entre las que cabe destacar el suicidio.

Respecto a la relación de los estilos de resolución de conflicto y la inteligencia emocional, los resultados de este estudio solo apoyan la nula relación entre los dos constructos sugerida por Gambill (2008) en el estilo evitativo y en el dominante. En contraposición con el citado trabajo, se han encontrado los siguientes resultados:

- El estilo de resolución de conflicto integrador muestra una relación negativa con la asertividad de modo que a mayor asertividad menores serán los niveles de resolución de conflicto integrador.
- El estilo de resolución de conflicto complaciente muestra una relación positiva con los niveles de empatía (a mayores niveles de la variable empatía, mayores serán los niveles de estilo de resolución de conflicto complaciente).
- El estilo de resolución de conflicto comprometido muestra una relación negativa con los niveles de asertividad por lo que a mayores niveles de asertividad menores serán lo de estilo de resolución de conflicto comprometido.

Es destacable la relación de la asertividad con la resolución de conflictos. Si bien investigaciones anteriores han demostrado que la correlación es positiva (p.e. Abd El-Rahman et al., 2019). Además, parecería lógico que las habilidades que permiten expresar adecuadamente oposición, desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos tenga una relación con unas mejores habilidades de resolución de conflicto. Pese a ello, este estudio muestra una relación negativa con todos los estilos de resolución de conflictos donde ha resultado significativa (integrador y comprometido). El estilo integrador supone un intercambio de información y un examen de las diferencias para hallar la mejor solución. El hecho que

implique la comunicación podría suponer tal y como se ha visto en estudios previos un énfasis en la forma adecuada de expresarse, es decir, en la asertividad. Sin embargo, esto podría deberse a diferencias culturales o incluso profesionales, ya que, hoy en día, no se ha realizado ningún trabajo en esta área.

Por otra parte, la relación entre el manejo de los problemas y la empatía sigue en la misma posición con respecto a investigaciones previas (p.e. Luna-Bernal & de Gante-Casas, 2017). En este sentido, el evaluar la reacción emocional en uno mismo producida por y congruentemente con el estado emocional del otro es de gran relevancia en el estilo complaciente. Ya que el ponerse en el punto de vista ajeno es relevante para primar el punto de vista de los demás.

En cuanto a la relación entre los niveles de bienestar psicológico y los estilos de resolución de conflicto, se trata de un tema bastante novedoso que no aparece previamente en la literatura. Los resultados obtenidos ponen de relieve que el bienestar psicológico solo se relaciona con el estilo integrador, no apareciendo una relación estadísticamente significativa en el resto de los estilos de resolución de conflicto.

Al obtener tan pocas correlaciones solo se ha podido establecer mediante un análisis con regresión múltiple evidencia empírica interesante para un estilo de resolución de conflicto, en concreto para el estilo integrador. El 78.1% de la varianza para el estilo integrador puede ser obtenido midiendo la asertividad y el bienestar psicológico.

Los resultados obtenidos abren una línea de investigación: la mediación policial. Es decir, la necesidad de tener en cuenta la figura del policía mediador, quien, además de la tarea de intermediario, impartiera cursos de resolución de conflictos de forma autónoma y proactiva. Dentro de estos trabajos cabe destacar la figura de Medipol (Torrens Ibarguren, 2013). El programa Medipol se desarrolló en la Guardia Civil pero posteriormente se extrapoló al Cuerpo Nacional de Policía y a Policías Autonómicas Adscritas y Propias. El programa adapta la Mediación Social al contexto policial y permite distinguir entre: una mediación entre agentes llamada Mediación IntraCuerpo o MIC, mediación entre un agente y un ciudadano (Mediación Extra-Cuerpo o MEC) y Mediación de Servicio Público (MSP) que se efectuará entre Ciudadanos Representantes de una colectividad, donde el agente será el que interceda. Este programa no ha podido mantenerse hasta día de hoy por falta de recursos. Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos, sería de mucha utilidad y de gran interés. Igualmente, si además de intervenir en el contexto de mediación, llevamos a cabo una intervención en inteligencia emocional, podría ser beneficioso para la salud de los trabajadores tanto física como psicológica (Martins et al., 2010). En vista a los resultados obtenidos por López-Curbelo y sus colaboradores (2006) sería necesario un entrenamiento en inteligencia emocional y, en concreto en el subcomponente de percepción emocional y regulación emocional.

A pesar de sus aportaciones este estudio, no está exento de limitaciones. Una de ellas está relacionada con la muestra. Aunque se han obtenido participantes de varias Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, sería conveniente analizar a cada cuerpo por separado ya que las condiciones laborales son diferentes. Por lo tanto, deja de lado factores ambientales que pudieran influir y ser de especial relevancia. Tampoco se han tenido en cuenta variables de la personalidad como los Big Five o rasgos concretos de la misma como la Dominancia Social o el Autoritarismo que puedan dar una respuesta más

clara a este interrogante. Además, se trata de un estudio correlacional que no indicaría causalidad, solo mera relación entre las variables, pudiendo ser necesario otro tipo de análisis que aportara más claridad pero que, debido a las correlaciones encontradas, no se puede realizar. También habría que compararlo con los trabajadores de otros ámbitos que estén en situaciones igual de estresantes como pueden ser los bomberos o el personal sanitario que trabaja en la sección de urgencias.

Referencias

- Abas, N. A. H. (2010). *Emotional intelligence and conflict management styles*. Recuperado de <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2010/2010abasn.pdf> [University of Wisconsin-Stout].
<http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2010/2010abasn.pdf>
- Abd El-Rahman, R. M., Abd El Hazem Hosny, W., & Abdeldayem Ata, A. (2019). Conflict Management Styles, Assertiveness and Stress among Nursing Students. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 7(2), 49–59.
- Afzalur Rahim, M. (2000). Empirical studies on managing conflict. *International Journal of Conflict Management*, 11(1), 5–8. <https://doi.org/10.1108/eb022832>
- Afzalur Rahim, M., Magner, N. R., & Shapiro, D. L. (2000). Do justice perceptions influence styles of handling conflict with supervisors?: What justice perceptions, precisely? *International Journal of Conflict Management*, 11(1), 9–31. <https://doi.org/10.1108/eb022833>
- Baudry, A.-S., Grynberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., & Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health: A critical and systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 206–222. <https://doi.org/10.1111/sjop.12424>
- Eiroá- Orosa, J., Fernández-Pinto, I., & Pérez Sales, P. (2018). Cuestionarios psicológicos e investigación en Internet : una revisión de la literatura. *Anales de Psicología*, 24(1), 150–157. Recuperado de a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/32871>
- Elosua, P. (2020). Aplicación remota de test: riesgos y recomendaciones. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2952>
- Gallardo Cuadra, I., & Moyano-Díaz, E. (2011). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3), 940. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-3.aper>
- Gambill, C. R. (2008). *Emotional intelligence and conflict management style among Christian clergy*. Capella University.
- García-Castro, T. (2015). El estrés policial. *Seguridad y Salud*, 84, 15–26. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PERIOD>
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam.
- Goleman, D., & Cherniss, C. (2005). *Inteligencia emocional en el trabajo: Cómo seleccionar, medir y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones*. Editorial Kairós. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/32871>
- Goodman, F. R., Larrazabal, M. A., West, J. T., & Kashdan, T. B. (2018). Experiential Avoidance. In *The Cambridge Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp.

- 255–281). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108140416.010>
- Li, N., Li, S., & Fan, L. (2021). Risk Factors of Psychological Disorders After the COVID-19 Outbreak: The Mediating Role of Social Support and Emotional Intelligence. *Journal of Adolescent Health, 69*(5), 696–704.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.018>
- López- Curbelo, M., Acosta, I., García- García, L., & Fumero, A. (2006). Inteligencia emocional en policías locales. *Ansiedad y Estrés, 12*(2), 467–477.
<https://core.ac.uk/download/pdf/80533350.pdf>
- Lozano, L. M., García-Cueto, E., & Muñiz, J. (2008). Effect of the Number of Response Categories on the Reliability and Validity of Rating Scales. *Methodology, 4*(2), 73–79. <https://doi.org/10.1027/1614-2241.4.2.73>
- Luna-Bernal, A. C. A. , & de Gante-Casas, A. (2017). Empatía y gestión de conflictos en estudiantes de secundaria y bachillerato. *Revista de Educación y Desarrollo, 40*, 27–37.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 49*(6), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mikulic, I. M., Crespi, M., & Radusky, P. (2015). Construcción y validación del Inventario de Competencias Socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 32*(2).
<https://doi.org/10.16888/interd.2015.32.2.7>
- Miller, L. (2007). Police Families: Stresses, Syndromes, and Solutions. *The American Journal of Family Therapy, 35*(1), 21–40.
<https://doi.org/10.1080/01926180600698541>
- MORRISON, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 974–983. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00876.x>
- Munduata, L., Ganaza, J., & Alcaide, M. (1993). Estilos de gestión del conflicto interpersonal en las organizaciones. *Revista de Psicología Social, 8*(1), 47–68.
<https://doi.org/10.1080/02134748.1993.10821669>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *The European Health Report 2012: charting the way to wellbeing. The European Health Report 2012: charting the way to well-being.* .
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf
- Rahim, A., & Bonoma, T. v. (1979). Managing Organizational Conflict: A Model for Diagnosis and Intervention. *Psychological Reports, 44*(3_suppl), 1323–1344.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1979.44.3c.1323>
- Rahim, M. A., & Katz, J. P. (2019). Forty years of conflict: the effects of gender and generation on conflict-management strategies. *International Journal of Conflict Management, 31*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1108/IJCMA-03-2019-0045>
- Rivera, J. A. G., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2016). Adaptación y Validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en una Muestra de Adultos Puertorriqueños. , . *Salud y Conducta Humana, 3*(1), 1–14.
- 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*(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(1), 10–28.
<https://doi.org/10.1159/000353263>

- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921–933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
- Torrens Ibarguren, J. G. (2013). *Mediación: aplicación al entorno de la Guardia Civil* [Universidad de Cádiz]. <https://dialnet.unirioja.es/aervlet/tesis?codigo=51386>

Fecha de recepción: 18/09/2021
Fecha de revisión: 23/09/2021
Fecha de aceptación: 27/05/2022

Cómo citar este artículo:

Santana, M.V. y Santos, M.A. (2022). Análise das competências interpessoais autocontrole e autoconsciência de alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 135-148.
doi:10.33000/mlspr.v5i2.1284.

**ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS
AUTOCONTROLE E AUTOCONSCIÊNCIA DE ALUNOS DO 8º E
9º ANOS DO ENSINO FUNDAMENTAL**

María Verónica Santana Sales

Universidad Internacional Iberoamericana (Brasil)

projetecmv@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0003-1340-471X>

María Aparecida Santos e Campos

Universidad Internacional Iberoamericana (Brasil)

maria.santos@unini.edu.mx · <http://orcid.org/0000-0001-7190-5438>

Resumo. Estudo qualitativo descritivo busca investigar o domínio da autoconsciência e do autocontrole dos alunos de duas instituições de Ensino Fundamental de Sergipe: a privada tem programa de desenvolvimento da inteligência emocional e a pública não dispõe deste benefício. O objetivo: analisar a autoconsciência e o autocontrole em alunos alfabetizados sob a perspectiva da inteligência emocional e alunos não alfabetizados emocionalmente. Método quali-quantitativo descritivo e correlacional enfocando a inteligência emocional e gerenciamento das emoções. A amostra não probabilística compôs-se de 104 estudantes. Instrumentos pesquisa e análise de dados: utilizou-se o questionário (Medida de Inteligência Emocional - MIE). Os dados foram tabulados e apresentados em análise descritiva. Resultados: Constatou-se que nas duas competências emocionais os inquiridos da Escola Tancredo Neves apresentam ligeiro resultado positivo comparado ao Colégio Atena. Entretanto, observa-se, no panorama geral, tanto no domínio da autoconsciência quanto no autocontrole, que os resultados em ambas instituições, em vários aspectos apontam muitos dos questionados com pouca capacidade para lidar bem com as emoções. **Conclui-se** que quanto ao grupo que se beneficiam do programa de desenvolvimento emocional se faz necessário um olhar mais criterioso no que se refere as suas respostas emocionais, visto que tais resultados tendem a se manifestarem na forma de padrões de pensamentos, sentimentos, comportamentos e influências, ou seja, não se pode ignorar o que interfere tais comportamentos, o que exige uma maior conscientização e envolvimento por parte dos pais e gestores da educação das componentes emocionais.

Palavras-chave: Inteligência emocional; emoções; autoconsciência; autocontrole

ANALYSIS OF INTERPERSONAL SKILLS SELF-CONTROL AND SELF-AWARENESS OF STUDENTS IN THE 8TH AND 9TH YEARS OF ELEMENTARY SCHOOL

Abstract. A descriptive study seeks to investigate the mastery of self-awareness and self-control in students at two elementary school institutions in Sergipe: the private one has an emotional intelligence development program and the public one does not have this benefit. The objective: to analyze self-consciousness and self-control in students literate from the perspective of emotional intelligence and students not emotionally literate. Qualitative-quantitative descriptive and correlational method focusing on emotional intelligence and emotion management. The non-probability sample consisted of 104 students. Research instruments and data analysis: we used the questionnaire (Emotional Intelligence Measure - EIM). The data were tabulated and presented in descriptive analysis. Results: It was found that in the two emotional competencies the respondents of Tancredo Neves School present slight positive result compared to Atena College. However, it is observed, in the general panorama, both in the domain of self-awareness and self-control, that the results in both institutions, in several aspects, point many of the respondents with little capacity to deal well with emotions. We conclude that regarding the group that benefits from the emotional development program, it is necessary to have a more careful look at their emotional responses, since such results tend to manifest themselves in the form of patterns of thoughts, feelings, behaviors, and influences, that is, we cannot ignore what interferes with such behaviors, which requires a greater awareness and involvement on the part of parents and managers in the education of emotional components.

Keywords: Emotional intelligence; emotions; self-awareness; self-control

Introdução

As questões emocionais parecem estar intrinsecamente ligadas ao desempenho acadêmico e profissional dos indivíduos, e, nesse processo, todas as ações celebradas no ambiente escolar tendem a influenciar na melhoria ou não do comportamento dos discentes. O currículo escolar se dá, supostamente, de forma planejada, intencional, todavia, parece que práticas relacionadas ao desenvolvimento da inteligência emocional (IE) não são refletidas ou priorizadas; parece não serem importantes na formação do indivíduo.

É evidente a diversidade de perfis comportamentais em indivíduos, nas escolas, com dificuldades de aprendizagem e descontrole emocional, e pouco se evidencia programas que visem o desenvolvimento da inteligência emocional nas escolas, notadamente, nas instituições públicas. Parece urgente a tomada de consciência da necessidade de incluir no currículo escolar programas que proporcionem e priorizem a formação e desenvolvimento emocional dos estudantes.

Entende-se que os processos cognitivos e emocionais não se opõem, estão atrelados ao desenvolvimento acadêmico. Assim, a aprendizagem emocional ultrapassa a dimensão cognitiva o que requer dos indivíduos a capacidade de identificar e regular as próprias emoções, nesse aspecto, Machado (2020) ressalta que:

As emoções, como parte dos ecos que ressoam no que por processos seculares vêm se tentando fixar como forma de identidade individualizante, se configuram e se expressam por uma constante dinâmica entre os fatores biológicos, fisiológicos e mímicas, gestos, atitudes, cadências próprias de um espaço que, ao

se entenderem universais nos impede de perceber essa imensa multiplicidade muitas vezes intraduzível entre territórios distantes.

A influência das emoções foram, veementemente, abordadas por Goleman (2012) e classificadas em interpessoal (autocontrole, autoconsciência e automotivação) e intrapessoal (empatia e sociabilidade), o que envolve o eu e o outro. Assim, compreende-se que ser emocionalmente inteligentes não se resume em apenas ser mais habilidosos em identificar, compreender e regular suas próprias emoções, mas também as dos outros. Portanto, a inteligência emocional é fundamental para estabelecer e manter relações interpessoais e intrapessoais de qualidade.

Diante de sua abrangência, compreende-se que a exaltação no desenvolvimento das emoções deve, portanto, fazer parte do currículo escolar desde a pequena infância, visto que nas fases iniciais da escolaridade, o desenvolvimento da criança é o que alicerça seu futuro e as questões emocionais precisam ser levadas em conta, pois, segundo Santana Sales e Campos (2021, p. 164) “mesmo que pareça as emoções serem parte do nosso patrimônio genético, é desenvolvível e moldável, portanto é uma questão de escolha, pode-se administrá-las e revezá-las”, são, portanto, essencial para a vida e constitui a base ou condição necessária para o seu progresso nas diferentes dimensões do seu desenvolvimento.

Diante dessa veemência, este estudo objetivou analisar a autoconsciência e o autocontrole em alunos alfabetizados sob a perspectiva da inteligência emocional e alunos não alfabetizados emocionalmente dos 8º e 9º ano do Colégio Atena e da Escola Tancredo Neves, sendo a primeira, instituição particular, contemplada pelo programa de desenvolvimento da inteligência emocional e a outra, escola pública, e não faz parte de programas que contemple o crescimento emocional.

Dada a amplitude das dimensões associadas aos conceitos de inteligência e competências emocionais, o autocontrole e a autoconsciência é parte integrante nessa investigação, e, sobre esses domínios incidem a pesquisa que aborda diretamente a questão do comportamento dos discentes das duas instituições de ensino.

A inteligência emocional (EI) distingue-se como uma competência que permite aos indivíduos reconhecerem e regularem as suas próprias emoções, serem auto-motivados, empáticos e sociáveis. A percepção das emoções é considerada uma habilidade importante, e a base para o desenvolvimento de outras capacidades relacionadas com a inteligência emocional (Mayer & Salovey, 1997). No entanto, segundo Mayer et al. (2002), não se desenvolve se o indivíduo não aprender a respeitar os sentimentos e não possuir a capacidade de prestar atenção, registrar e decifrar mensagens emocionais, inclusive através de expressões faciais.

Estão associadas a acontecimentos significativos, que estabelecem as respostas e reações às situações que o indivíduo enfrenta, e dependendo de como ele/ela as enfrenta, estas respostas podem ser positivas ou negativas. Podem ser identificados a partir de expressões faciais (Carocho, 2018). Quando a inteligência emocional está bem desenvolvida, favorece e facilita o desenvolvimento em todas as esferas da experiência do indivíduo, seja consigo próprio, na família, na escola e na sociedade como um todo, acima de tudo, a plenitude das competências emocionais e cognitivas, que, como afirma

Mayer, Salovey e Caruso (2000, p. 267) enfatizaram que a Inteligência Emocional (EI) representa “a capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e geri-las”. Nesse viés, Siqueira e Santillo (2019, p. 12) afirmam que a inteligência emocional consiste na “capacidade do ser humano de identificar emoções e sentimentos em si mesmo e nos outros e, quando se trata de si mesmo, ser capaz de controlá-las e conseguir manter um equilíbrio emocional e coerente com a realidade”. Para Modolon e Vitor (2020, p. 14) a inteligência emocional é

a capacidade de encarar e solucionar situações emocionalmente incertas com o êxito, como os conflitos. É assimilar o controle e gerenciar as emoções, colocando-as para trabalharem a nosso favor. Não deixando que estas comandem nossas ações e pensamentos fazendo com que tomemos decisões inadequadas ou irracionais. A inteligência emocional nada mais é do que a habilidade de conhecer o próximo através dos sentimentos e de se autoconhecer.

Nesse contexto, Le Breton (2019, p. 146) afirma que “as emoções traduzem a ressonância afetiva do acontecimento de maneira compreensível aos olhos dos outros”, sem origem individualizada, é uma inferência resultante de um aprendizado pessoal e de identificação. Para o autor, “a emoção é a definição sensível do acontecimento tal como o vive o indivíduo, a tradução existencial imediata e íntima de um valor confrontado com o mundo”.

Portanto, entende-se que ser inteligente emocionalmente é ser capaz de reconhecer as próprias emoções e compreender como elas influenciam em seus pensamentos e comportamento, assim como ter a capacidade de controlar os sentimentos e impulsos, entender as emoções alheias e ser sociável.

Segundo Santana Sales e Campos (2021, p. 163) “a inteligência emocional está inserida na primazia de encarar situações incertas, a exemplo de conflitos, frustrações, perdas e até mesmo sucesso, assimilando, regulando e gerenciando as emoções ao próprio favor na tomada de decisões racional e adequada”. Assim sendo, ter autoconsciência e autocontrole sob os próprios sentimentos consiste em assumir o controle das emoções “não deixando que estas comandem nossas ações e pensamentos fazendo com que tomemos decisões inadequadas ou irracionais. A inteligência emocional nada mais é do que a habilidade de conhecer o próximo através dos sentimentos e de se autoconhecer” (Modolon e Vitor, 2020, p. 14).

Ao observar a inteligência emocional pelo viés dos domínios que consistem em: conhecer-se; controlar-se; motivar-se; reconhece as emoções nos outros; lidar com relacionamentos, Amestoy (2020, p. 4) reitera que:

A compreensão da inteligência emocional está relacionada ao conhecimento dos pilares que a constituem: autoconsciência, autogestão, automotivação, empatia e gerenciamento de relacionamentos. Tal habilidade está associada às relações intrapessoais, correspondentes à pessoa e interpessoais, que são estabelecidas com o grupo.

Como já mencionado, este estudo se limita a análise da autoconsciência e do autocontrole, domínios inerentes à inteligência intrapessoal.

A inteligência interpessoal discutida por Goleman (2012) consiste na capacidade do indivíduo adentrar nas próprias emoções, o que se dá através da capacidade de discriminar e nomear os sentimentos “traduzi-los através de conceitos simbólicos; conseguir, através desse entendimento, guiar e conduzir o próprio comportamento; compreender os próprios medos e desejos, assim como a própria história, simbolizar e

compreender sentimentos complexos” Pontes, (2020, p. 20). A inteligência intrapessoal abarca as dimensões da autoconsciência, automotivação e autocontrole.

Damasio (2010) afirma que a autoconsciência se refere a um processo intuitivo, ao facto de estar consciente de algo, portanto, a definição mais aproximada e geral é: o estado de espírito em que a pessoa reconhece a sua própria existência (sente-se a si própria) e o que existe no seu ambiente. Portanto, este estudo centra-se na autoconsciencialização, auto-motivação e auto-controlo em alunos do 8º e 9º ano de duas escolas em Sergipe, Brasil.

A autoconsciência é a capacidade de se conhecer a si próprio e, conseqüentemente, os efeitos que as suas emoções podem causar nos outros, sendo a atenção prestada ao que se sente. Neste sentido, é possível ter consciência dos sentimentos no momento exacto em que eles ocorrem (Goleman, 2012) e, não estando sujeitos ao domínio das emoções, sustenta a autorreflexão. Contudo, o autor considera que "Nesta consciência auto-reflexiva, a mente observa e investiga o que está a ser experimentado, incluindo as emoções" (p. 70). Contudo, tendo a competência de autoconsciência bem desenvolvida, o indivíduo reconhece e designa melhor as suas próprias emoções, bem como tem uma melhor capacidade de compreender o que sente e a sua causa.

Nesta característica, Amestoy, (2020) enfatiza a autoconsciência como base da inteligência emocional e, segundo ele, é através da autoconsciência que o indivíduo exerce a capacidade de afastar a negatividade, neutralizando-a e mantendo a auto-reflexão face às tribulações.

Neste sentido, reflete-se que o indivíduo dotado de plena autoconsciência é capaz de compreender profundamente as suas próprias emoções, pontos fortes e fracos, tem firmeza, reconhece a realidade e a possibilidade, não tem sonhos flutuantes, em suma, conhece-se, avalia-se a si próprio, não se trai a si próprio.

Hansen et al. (2018, p. 6) asseveram que "a autoconsciência é a primeira componente da inteligência emocional. A autoconsciência significa uma compreensão profunda das emoções, forças, fraquezas, necessidades e impulsos de cada um. A autoconsciência não é nem excessivamente crítica nem verdadeiramente esperançosa".

Segundo Santana Sales e Campos (2021, p. 164) “a autoconsciência abarca a capacidade de a pessoa ter consciência da sua própria consciência e assim ser capaz de se reconhecer-se, fazer a leitura de suas emoções no exato momento que elas ocorrem ou depois através da autorreflexão” assim, entende-se que a autoconsciência se dá pela maestria do gerenciamento dos pensamentos na observância e investigação das próprias vivências, sobretudo as emocionais.

No que se refere ao autocontrole, segundo Goleman (2015, p. 16) “é uma conversa interior contínua, é o componente da inteligência emocional que nos liberta de sermos prisioneiros de nossos sentimentos”.

Discutindo teorias e estudos de autocontrole, Batista e Tourinho (2012, pp. 257-258) afirmam que:

O autocontrole emocional tem sido discutido principalmente sob a forma de orientações teóricas cognitivas, mas pode ser interpretado com os conceitos de

Análise do Comportamento, resultando numa elaboração que o coloca no mesmo terreno (o das relações comportamentais) em que as sociedades se encontram.

Nesta perspectiva, no que respeita ao autocontrole, Oliveira, et al., (2020) considera que é ainda urgente que os indivíduos alcancem, diariamente, uma aprendizagem que favoreça o controlo das emoções, a resolução pacífica, calma, equilibrada e judiciosa dos conflitos para uma boa convivência no trabalho e no ambiente social.

Assim, segundo (Goleman 2015, p. 16), o autocontrole consiste na autogestão, autorregulação, gestão do pensamento, entre outros atributos "o auto-controlo é uma conversa interior contínua, é a componente da inteligência emocional que nos liberta de sermos prisioneiros dos nossos sentimentos".

Nesse contexto, Santana Sales e Campos (2021, p. 165) caucionam que “o autocontrole ou gestão das emoções se refere a capacidade do sujeito em controlar as suas emoções e inerentes manifestações, consiste em pensar antes de agir consiste na autogestão, autorregulação”. Assim, pode-se afirmar que exercer o autocontrole consiste na capacidade de regular as emoções, resolver conflitos, manter o equilíbrio entre outros.

Metodologia

Desenho

Estudo Quali-quantitativo descritivo e correlacional enfocando a inteligência emocional e gerenciamento das emoções. Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa que de acordo com é caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta das informações quanto no tratamento delas por meios estatísticos, é enfatizada na objetividade e para expor as causas dos acontecimentos utiliza de linguagem matemática.

Amostra

Do tipo não probabilística deste estudo, foi composta de alunos do 8º e 9º anos do Ensino Fundamental, de duas instituições de ensino, sendo 57 do Colégio Atena e 47 da Escola Tancredo Neves, do Município de Sergipe, Brasil. O critério para a seleção das instituições de ensino e da população teve como base a disponibilidade de discentes no nível de escolaridade pleiteado, o acolhimento, a disponibilidade dos estudantes em participar da pesquisa e o diferencial no currículo escolar no que se refere a programas de desenvolvimento emocional.

Critérios de inclusão

Decidiu-se que o aluno deveria estar matriculado e ser frequente, não padecer de enfermidades que pudessem comprometer a investigação, contar com o consentimento informado firmado pelos pais ou responsáveis através do termo de consentimento livre permitindo sua participação no estudo e a aprovação das escolas para a realização do estudo.

Instrumento de pesquisa

Utilizou-se o questionário MIE (Medida de Inteligência Emocional) de Siqueira, Barbosa e Alves (1999). O instrumento MIE foi priorizado por se tratar de uma medida

validada para uso em pesquisas humanas, contempla os interesses levantados pela problemática e se adequa a população pesquisada e consiste em 59 itens escalares com quatro pontos cada um (1- nunca; 2- poucas vezes; 3- muitas vezes; 4- sempre), avaliando cinco dimensões fatoriais, contudo, neste estudo, apenas se utilizou os 10 itens que medem o autocontrole, isto é, investiga a facilidade ou dificuldade de administrar os próprios sentimentos, gerenciar e regular as emoções, pensamentos e comportamentos. Foram aplicados questionários compostos por 10 questões sendo 6 de conotação positiva e 4 de conotação negativa nas escalas (sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca), para um universo de 104 alunos do Ensino Fundamental da Escola Tancredo Neves e do Colégio Atena. Os dados foram tabulados e submetidos a uma análise estatística simples. No momento da coleta dos dados a pesquisadora, deslocou-se até as escolas, conforme previamente acordado, no momento da aula, na presença do docente regente, foi entregue a cada discente um questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em envelope, acompanhado de uma caneta.

Análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados em estatística descritiva e o rasgo quantitativo se estipulou n^os e porcentagens quantificar as variáveis estudadas. No que se refere à natureza dos objetivos metodológicos a presente pesquisa é considerada descritiva, uma vez que busca descrever as características de determinada população ou determinado acontecimento, sendo ele utilizado no presente estudo (GIL, 2008). Ademais, para tanto, leva-se em conta o que diz Santos (2012, p.4) “Na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação”. Assim, a análise dos aspectos quali-quantitativos da pesquisa bem como os resultados serão apresentados em dados estatísticos descritivos e foram apresentados em gráficos e tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética da Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética da Universidade Internacional Iberoamericana - UNINI.

Resultados e Discussões

Com respeito aos dados sociodemográficos, a questão referente aos dados sobre o gênero dos participantes pode ser constatada na tabela 1.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos alunos das duas escolas participantes (sexo).

Participantes do Colégio Atena	Nº	%	Participantes da Escola Tancredo Neves	Nº	%
Masculino	25	43,9	Masculino	24	51,1
Feminino	32	56,1	Feminino	23	48,9
Total de participantes no estudo 104					

No que tange ao fator gênero (masculino, feminino), verificou-se maior presença do sexo feminino no Colégio Atena, ainda que os valores demonstram que esta prevalência é pequena, apresenta uma quase paridade entre os sexos. Este resultado demonstra significativo equilíbrio quanto ao gênero, o que denota austeridade quanto a essa variável.

Tabela 2

Dados sociodemográficos dos alunos das duas escolas participantes (idade).

Distribuição da amostra idade	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos
Escola Tancredo Neves	0	2	29	3	12	1
Colégio Atena	24	7	24	0	0	2

Na análise da tabela 2, relativos à distribuição da amostra por idade, o maior número de respondentes situa-se no intervalo correspondente à faixa etária entre os (12 e 14) anos em ambas as escolas. Além disso, cabe ressaltar que a faixa etária de (17) anos é a menor, constituindo apenas 2,9% da amostra total.

Observa-se uma paridade entre as idades dos alunos das duas escolas, que mostra que a maioria dos alunos estão dentro da faixa etária esperada para estas séries, porém se comprova um desvio do padrão notável na Escola Tancredo Neves representado pelos alunos de idade entre 16 e 17 anos.

Uma vez efetuada a caracterização dos dados gerais (idade, gênero), relativos à amostra, passa-se à abordagem dos resultados seguintes do questionário.

Como já frisado, neste estudo, importa analisar o autocontrole, sendo a capacidade mencionada por Goleman (2015), que consiste na autogestão e se trata de um diálogo íntimo e constante que dá a liberdade ao indivíduo de não se aprisionar aos sentimentos e a autoconsciência, tida como a habilidade de a pessoa ter consciência de seus próprios sentimentos e assim ser capaz de se reconhecer-se, fazer a leitura de suas emoções e auto refleti-las. Portanto, considera Goleman (2012, p. 70) que “Nessa consciência autorreflexiva, a mente observa e investiga o que está sendo vivenciado, incluindo as emoções.

Ao tratar do autocontrole, Tamayo (2006) apresenta três condutas que o indivíduo pode utilizar das quais espelha o autocontrole ou a ausência dele; a passiva, que representa o comportamento inibido, introvertido, frustrado e ansioso; a agressiva, comportamento que o sujeito humilha, é explosivo, hostiliza o outro, é autoritário; e a assertiva, que segundo o dito autor é a viável, nesta, o indivíduo tem escolha própria, entende, reconhece e defende seus direitos, respeita as emoções do outro.

Tabela 3

Resultado da competência autocontrole do Colégio Atena e Escola Tancredo Neves.

Auto controle	Colégio Atena		E.E. Tancredo Neves	
	Muitas Vezes e sempre	Poucas vezes	Muitas Vezes e sempre	Poucas vezes
Controla de sentimentos perturbantes	47,4%	52,6%	55,3%	44,7%
Freia os impulsos em uma situação de conflito	28,1%	71,9%	65,9%	34,1%
Fala o que vem à cabeça	36,8%	63,2%	36,2%	63,8%
Reage a agressões	43,9%	56,1%	34%	66%
Toma decisões com base nos impulsos	50,9%	49,1%	36,2%	63,8%

Nota-se que dos 57 pesquisados do Colégio Atena nos itens que investigam o controle dos sentimentos perturbantes e frear os impulsos, itens de conotação positiva, menos da metade se apresenta bem nessa competência, chamando a atenção para a falta de controle impulsivo, isto é, somente 28,1% controlam os impulsos. Já no que se refere a falar o que vem à cabeça e reagir a agressões, item de conotação negativa, estes discentes se apresentam em número de mais de 50% autocontrolados a reações agressivas, e na tomada de decisão de forma impulsiva 49,1%. Como se pode observar, 50,9% agem impulsivamente. Dos 47 estudantes inquiridos na Escola Tancredo Neves nos itens que investigam o controle dos sentimentos perturbantes e frear os impulsos, observa-se mais da metade se apresentando autocontrolados. Já no que se refere a falar o que vem à cabeça, reagir a agressões e tomar decisões com base nos impulsos, como se pode observar, se mostram também equilibrados, visto que, nesses itens, as alternativas: nunca e poucas vezes, são favoráveis.

Diante desses resultados, percebe-se que os questionados carecem de aprender a desenvolver as emoções, pois, conforme Cury (2012 p. 41) “quando formos ofendidos, agredidos, pressionados, coagidos ou rejeitados. Caso contrário, a emoção sempre abortará a razão. A consequência imediata dessa falta de defesa emocional é reagirmos irracional e unifocalmente, e não multifocalmente”.

Observa-se que o domínio dos participantes da pesquisa, aqui, é pouco elevado, contudo, os indivíduos da Escola Tancredo Neves apresentam melhor capacidade de autocontrole, comparados aos do Colégio Atena. Diante desse cenário, corrobora-se com o que diz Sousa (2021) ao mencionar a necessidade de o indivíduo ter controle e domínio emocional para que flua ações coerentes que favoreçam as relações.

Percebe-se a ausência da regulação e o gerenciamento das emoções. Sabe-se que as emoções são moldáveis e conforme Berra (2018) é preciso que o indivíduo faça escolhas inteligentes emocionalmente, o que vem a ser uma virtude. Nesse pensamento, a autocrítica é fundamental, pois, segundo Cury (2015, p.107) “o código da autocrítica é o código de quem se autoavalia, pondera seus atos, julga seus comportamentos, ajusta-se, autocorrige-se, reflete sobre suas reações, conjectura consigo mesmo”.

Pelo viés da abordagem do agir impulsivamente, Cury (2019, p. 62) assevera que o indivíduo não se permite ser contrariado.

Estamos viciados em reagir quando alguém nos contraria. Ação e reação são ótimas para a física, mas péssimas para as relações humanas. Quem é impulsivo ou reage sem pensar, além de não proteger a própria emoção, fará de sua memória uma lata de lixo social e destruirá seus melhores relacionamentos.

No fato de o indivíduo não gerenciar os pensamentos, para Cury (2015, p. 115) “Quem se orgulha de dizer tudo que pensa machuca quem mais deveria ser amado. Não decifrou a linguagem do autocontrole”. Inferre-se que o controle das emoções não vem de herança genética nem tão pouco é comerciável, sua aquisição se dá através do treino e desenvolvimento do domínio, da gestão e regulação. Por esse viés, segundo Santana Sales e Campos (2021, p. 175) enfocam que “a inteligência emocional pode ser trabalhada e desenvolvida, e é por meio de escolher aprender a gerir as emoções que se dá o melhoramento e aperfeiçoamento do autocontrole”.

Nessa perspectiva, Cury (2019, p. 41) alerta que ‘Quem gravita em torno dos problemas e não aprende a fazer uma parada introspectiva para pensar antes de reagir faz das pequenas barreiras obstáculos intransponíveis, das pequenas dificuldades, problemas insolúveis, das pequenas decepções, um mar de sofrimento.

Percebe-se que o gatilho instintivo da reação está sempre armado, pronto a disparar em situações conflitantes, o que pode desencadear sofrimento, todavia, como já mencionado as emoções podem ser moldadas, o caráter pode ser mudado, reformulado. Berra (2018, p. 11) enfatiza que:

a formação de caráter é constituída quando se levar adiante a constância da prática de bons hábitos que necessitam estar em harmonia com o raciocínio. Estes, os hábitos, quando adquiridos acertadamente, constituem a virtude e por isso capacitam o sujeito para agir sabiamente atuando bem diante das ações ou quando se relacionar com o prazer e o sofrimento.

Reagir a insultos de forma agressiva é característico de falta de inteligência emocional. Gerir e a regular as emoções é a base sólida para o controle das reações impulsivas, é sábio exercer o silêncio e a tolerância.

Nesse viés, no que se refere ao autocontrole, corroborando com outros autores, de Oliveira, de Figueiredo, & Dutra (2020) caucionam que o autocontrole é uma habilidade desenvolvível e, segundo Santana Sales e Campos (2021) o indivíduo autocontrolado emocionalmente contorna situações, inverte os sentimentos ruins, ressignifica sentimentos, se constrói, aperfeiçoa o próprio caráter.

Tabela 4

Resultado da competência autoconsciência do Colégio Atena e Escola Tancredo Neves

Autoconsciência				
Escolas	Atena		Tancredo Neves	
Opções de respostas :	Muitas vezes e sempre	Poucas vezes e nunca	Muitas vezes e sempre	Poucas vezes e nunca

Avalia os próprios sentimentos	77,2 %	22,8 %	80,9 %	19,1 %
Preocupa-se com o que sente	59,6 %	40,4 %	68,1 %	31,9 %
Reconhece sentimentos contraditórios	40,3 %	59,7 %	51 %	49 %
Identifica os sentimentos	42,1 %	57,9 %	57,4 %	42,6 %
Evita refletir sobre o que pensa	31,6 %	68,4 %	42,6 %	57,4 %

Nesta competência emocional, nota-se que dos 57 pesquisados do Colégio Atena nos itens que investigam a autoconsciência, de como os questionados avaliam e compreendem os sentimentos, se autoconhecem, se auto interpretam observa-se bom número de questionados hábeis nesta competência, como se pode ver 77,2%. Quanto a preocupação com o que sentem o número é menor. No que se refere a reconhecer os sentimentos e identificá-los, observa-se menos da metade bem nessa competência. Já no que se refere a evitar refletir sobre o que pensa, estes discentes se apresentam em número de 31,6% fazendo esse evitamento, o que não parece bom. Dos 47 estudantes inquiridos na Escola Tancredo Neves nos itens que investigam a avaliação dos próprios sentimentos e preocupar-se com eles, percebe-se grande percentual exercendo essa habilidade. Olhando para os itens de reconhecimento de sentimentos contraditórios e identificação destes, observa-se pouco mais de 50% afirmarem muitas vezes e sempre. No que se refere ao evitamento de refletir sobre o que pensa 42,6% afirmam sempre e muitas vezes fazerem essa reflexão.

Portanto, não parece interessante evitar refletir sobre o que pensa. A reflexão do pensamento é a vigilância dos atos. E, pelo fato dos pensamentos serem próprios, se nos apropriamos de refletirmos sobre eles “com maior ou menor dificuldade, podemos nutri-los, dirigi-los, expandi-los, reduzi-los ou rejeitá-los”.

Na competência autoconsciência se conclui, no que apresenta os resultados da pesquisa, que na avaliação dos próprios sentimentos as duas instituições de ensino transparecem resultados acima de 50%, no arremate final. Mirando os itens por individual instituição de ensino, os inquiridos da Escola Tancredo Neves apresentam uma disparidade significativamente positiva comparado ao cenário do Colégio Atena.

É sabido que a avaliação e compreensão de sentimentos exige interesse em se autoconhecer, se auto interpretar, se importar com as próprias emoções, assim, para explicar a importância das emoções Gardenswartz (2012, p.27) afirma:

Inteligência Emocional é a capacidade de avaliar e compreender sentimentos e usar a energia deles de maneira produtiva. Além da compreensão, envolve ações específicas para reconhecer sentimentos, compreendê-los, expressá-los verbalmente e depois aplicar sua energia eficazmente. As emoções não são tão dóceis de lidar.

Entende-se que se importar com o Eu é uma forma de conduzir o itinerário da própria vida. Preocupar-se com os sentimentos, evitar resgate de frustrações é o passo para administrar as emoções. Convergente, Cury (2019, p.72) afirma:

Para administrar a emoção, devemos duvidar rapidamente dos nossos pensamentos perturbadores, duvidar do conteúdo doentio das emoções. Devemos questionar os motivos da nossa reação, criticar nossa ansiedade, exigir ser livres naquele momento. Enfim, devemos usar a ferramenta do silêncio, nos interiorizar e resgatar a liderança do Eu. Se o Eu não duvidar e criticar as peças teatrais doentes que se encenam na mente, ele vai ser vítima dos próprios transtornos emocionais.

Conclusões

As competências da inteligência emocional direcionam a conduta do indivíduo e envolve os aspectos da consciência de seus sentimentos, a habilidade de controlá-los, se automotivar positivamente, ser empático, altruísta e sociável, abarcando as relações intrapessoal e interpessoal.

A pesquisa, ora em argumentação, ocupou-se de analisar as competências interpessoais: autocontrole e autoconsciência de alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental da Escola Tancredo Neves e do Colégio Atena, e, por fim, comparar as possíveis diferenças, através da análise de dados, entre os discentes da escola Tancredo Neves, não alfabetizados emocionalmente aos da escola privada, Colégio Atena, que estão inseridos em programas de desenvolvimento emocional, quanto aos domínios dessas aptidões emocionais.

Através da análise dos dados, verificou-se a proximidade quanto ao fator gênero, prevalecendo ligeiramente o feminino; quanto à distribuição por idades a percentagem é maior entre (13 e 14 anos), já a escolaridade, em ambas instituições, se deu a estudantes do oitavo e nono ano do Ensino Fundamental.

Na análise do autocontrole, habilidade que espelha a capacidade que o indivíduo tem em controlar as suas emoções e concernentes manifestações, envolvendo impulsos, reações, bem como domínio dos próprios sentimentos, no cenário geral se pode observar que as duas instituições apresenta grande número de pesquisados desprovido do domínio do autocontrole, contudo, os participantes da Escola Tancredo Neves apresentaram ligeira vantagem nessa componente emocional comparado aos inquiridos do Colégio Atena, espelhando melhor equilíbrio emocional.

No que diz respeito a autoconsciência, competência marcada pela autorreflexão, e age como investigadora de nossas vivências, inclusive as emocionais, considerada por Amistoy (2020) como o alicerce da inteligência emocional, se conclui, no que apresenta os resultados da pesquisa, que na avaliação e compreensão dos próprios sentimentos e no autodiálogo sobre o que sente, as duas instituições de ensino transparecem emparelhamento muito próximo no arremate final.

A autoconsciência, nas duas escolas, é a competência que, em termos gerais, apresenta melhor resultado. Portanto, demonstram maturidade ao se importar consigo, ser senhor de si, se autoavaliar, ter ciência de diferentes aspectos do eu, incluindo traços, comportamentos e sentimentos. Todavia, o número de discentes que não estão bem em suas competências emocionais é consideravelmente alto. Essa habilidade bem

desenvolvida tem conhecimento sobre o que sente e de que forma essas emoções afetam positiva ou negativamente o seu desempenho no contexto profissional e pessoal do indivíduo. Evidencia-se também que a população da Escola Tancredo Neves espelha, embora sutilmente, melhor desenvolvimento emocional.

Apesar de um considerável número de investigados demonstrarem dificuldades de exercer o autocontrole e serem autoconscientes, os resultados indicaram que muitos destes aprenderam e desenvolveram competências emocionais em suas vivências, visto que a escola que apresenta melhor resultado não contempla programas de desenvolvimento emocional. Todavia, esse resultado não afirma que esses métodos não são eficazes ou são desnecessários, haja vista que a pesquisa não fez referência a fatores influenciadores dos resultados. Nesse sentido, torna-se pertinente a continuidade do estudo no intuito de investigar outros aspectos resultantes da conduta emocional desses indivíduos.

Portanto não se pode ignorar razões no comportamento dos humanos, pelo contrário, se faz necessário uma maior conscientização e envolvimento por parte dos pais e gestores da educação no sentido de aplicabilidade no currículo escolar relativos às componentes emocionais.

Referências

- Amestoy, S. C. (2020). Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus/Emotional intelligence: relationship skill for the nurse-leader on the front line against the new Coronavirus. *Journal of Nursing and Health*, 10(4). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18993>
- da Fonseca, J. J. S. (2002). Apostila de metodologia da pesquisa científica. João José Saraiva da Fonseca. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=oB5x2SChpSEC&oi=fnd&pg=PA6&dq=da+Fonseca,+J.+J.+S.+\(2002\).+Apostila+de+metodologia+da+pesquisa+cient%3%ADfca.+Jo%3%A3o+Jos%3%A9+Saraiva+da+Fonseca.&ots=ORS-3u7kj4&sig=EyCLAoFVgu0xLCOMfC3qNul1ZDE#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=oB5x2SChpSEC&oi=fnd&pg=PA6&dq=da+Fonseca,+J.+J.+S.+(2002).+Apostila+de+metodologia+da+pesquisa+cient%3%ADfca.+Jo%3%A3o+Jos%3%A9+Saraiva+da+Fonseca.&ots=ORS-3u7kj4&sig=EyCLAoFVgu0xLCOMfC3qNul1ZDE#v=onepage&q&f=false)
- de Oliveira, G. A., de Figueiredo, T. B., & Dutra, J. A. A. (2020). Inteligência Emocional e o Capital Psicológico nas Organizações e em suas Lideranças/Emotional Intelligence and Psychological Capital in Organizations and their Leadership. ID on line. *Revista de psicologia*, 14(52), 185-201. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2649>
- Batista, J. R., & Tourinho, E. Z. (2012). Interpretação analítico-comportamental do autocontrole emocional. *Interação em Psicologia*, 16(2), 249-259. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v16i2.16884>
- Berra, E. A. (2018). A educação das emoções, do desejo e do prazer na Ética a Nicômacos de Aristóteles. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Passo Fundo]. <http://tede.upf.br/jspui/handle/tede/1688>
- Cury, A. (2012a). *Mentes brilhantes, mentes treinadas*. Leya.
- Cury, A. (2015). *O código da inteligência*. Sextante.
- Cury, A. J. (2017). *Ansiedade-Como enfrentar o mal do século para filhos e alunos*. Saraiva Educação SA.
- Cury, A. (2019a). *Inteligência socioemocional*. Sextante.

- Damásio, A. R. (2011) *E o cérebro criou o homem*. (L. T. Motta, trad.). Companhia das Letras.
- Gardenswartz, L., Cherbosque, J., & Rowe, A. (2012). *Inteligência emocional na gestão de resultados*. (H.A.R. Monteiro, trad.). Clio Editora.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.

Data de recepção: 13/04/2022

Data de revisão: 28/04/2022

Data de aceitação: 03/06/2022

Cómo citar este artículo:

Vivas, M.A., Martínez, R., Vivas, L., Romero, K. y Arroyo, K. (2022). Asociación de los estilos parentales, estructura y percepción familiar en la aparición de conductas delictivas en adolescentes. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 149-164. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.1109.

ASOCIACIÓN DE LOS ESTILOS PARENTALES, ESTRUCTURA Y PERCEPCIÓN FAMILIAR EN LA APARICIÓN DE CONDUCTAS DELICTIVAS EN ADOLESCENTES

Maria Angélica Vivas Domínguez

Corporación Universitaria del Caribe (Colombia)

maria.vivas@cecar.edu.co · <http://orcid.org/0000-0002-6766-5010>

Robinson Martínez

Corporación Universitaria del Caribe (Colombia)

robin27martinez@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0002-2251-2731>

Laura Vivas

Corporación Universitaria del Caribe (Colombia)

laura.vivas@cecar.edu.co · <https://orcid.org/0000-0001-8808-201X>

Kelly Romero-Acosta

Corporación Universitaria del Caribe (Colombia)

Kelly.romero@cecar.edu.co · <https://orcid.org/0000-0002-6568-1316>

Katy Arroyo-Alvis

Corporación Universitaria del Caribe (Colombia)

katy.arroyoa@cecar.edu.co · <https://orcid.org/0000-0003-3171-0702>

Resumen. El objetivo principal del presente estudio fue establecer la relación entre los estilos parentales, la estructura familiar y la percepción de la funcionalidad familiar en la aparición de conductas delictivas de los adolescentes pertenecientes al servicio social de la ciudad de Sincelejo. Para ello, se realizó un estudio de tipo cuantitativo, de nivel correlacional y de corte transversal, con una muestra de 181 adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario de caracterización Ad hoc y se les aplicaron los cuestionarios A-D de Seisdedos, el apego familiar y la escala de estilos parentales. Los resultados muestran relaciones significativas entre las conductas delictivas y una baja percepción de la funcionalidad familiar basada en la poca cohesión familiar, comunicación unidireccional, afirmaciones de poder, normas rígidas e inflexibles y poca implicación afectiva, propios de estilos de crianza autoritarios y negligentes. Estos resultados permitieron concluir que el factor familiar que incide de manera significativa en la adopción de conductas delictivas en los adolescentes es la percepción que estos tienen acerca del funcionamiento familiar y de los factores de apoyo, resolución de conflictos, participación en la toma de decisiones, establecimiento de límites y tolerancia a la crisis que encuentren presentes en el entorno familiar.

Palabras clave: Conductas delictivas; delincuencia juvenil; estilos parentales; estructura familiar; funcionalidad familiar

ASSOCIATION OF PARENTAL STYLES, STRUCTURE AND FAMILY PERCEPTION IN THE EMERGENCE OF CRIMINAL BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS

Abstract. The main objective of this study was to establish the relationship between parental styles, family structure and the perception of family functionality in the appearance of criminal behaviors of adolescents belonging to the social service of the city of Sincelejo. To do this, a quantitative, correlational, cross-sectional study was carried out with a sample of 181 adolescents to whom an Ad hoc characterization questionnaire was applied and the AD questionnaires of Seisdedos, the family apgar and the parental style scale. The results show significant relationships between criminal behaviors and a low perception of family functionality based on poor family cohesion, one-way communication, assertions of power, rigid and inflexible norms and little affective involvement, typical of authoritarian and negligent parenting styles. These results allowed to conclude that the family factor that has a significant influence on the adoption of criminal behaviors in adolescents is the perception that they have about family functioning and support factors, conflict resolution, participation in decision-making, establishment of limits and tolerance to the crisis that are present in the family environment.

Keywords: Criminal behavior; juvenile delinquency; parenting styles; family structure; family functionality

Introducción

La adolescencia es la etapa del ciclo vital en la cual el individuo atraviesa una serie de cambios biológicos y psicológicos que lo llevan a enfrentarse al sentimiento de incompreensión por parte de los adultos y a sus cambios constantes de carácter, teniendo como resultado una búsqueda constante de identidad y aceptación social (Robles, 2008). Frente a esto, autores como Gaete (2015) y Tur et al., (2004), resaltan la importancia del rol de los padres en esta etapa del desarrollo a través de la supervisión parental, el apoyo, la comunicación y el respeto ya que los consideran factores protectores en la aparición de conductas disruptivas en los adolescentes.

Otros autores como Muris y colaboradores (2004); Jiménez y Rosser (2013) y Aguilar (2012), mencionan los estilos de crianza como un factor de riesgo vinculado a la comisión de actos delictivos, destacando los estilos de crianza coercitivos o autoritarios, permisivos y negligentes. No obstante, Sanabria y Rodríguez (2009), resaltan en mayor medida los estilos de crianza autoritarios, caracterizados por la escasa comunicación, las reglas inflexibles y la poca independencia, que da como resultado niños temerosos, irritables, rebeldes y agresivos.

Un estudio realizado por Ruiz et al., (2014), muestra que los hogares en los cuales predominen los intereses y la obtención de logros individuales, poco soporte afectivo y poca interacción entre los miembros de la familia, son factores que promueven la vinculación de los adolescentes con grupos de pares conflictivos. Esto, es sustentado por el estudio realizado por Frachia (2015) acerca de los tres factores de interacción disfuncional presentes en familias de adolescentes con conductas delictivas, donde identifica la negación, la cismogénesis simétrica y la rigidez. La primera, responde a la no resolución de conflictos internos del sistema familiar, la segunda se refiere al distanciamiento de los miembros de un sistema por cualquier motivo personal o conductual y la última alude a la poca flexibilidad en la imposición de normas y

distribución de roles del grupo familiar. Sin embargo, existen otras investigaciones que presentan otros factores de tipo familiar asociados a la aparición de estas conductas en el adolescente, entre las que destaca el maltrato infantil, la paternidad y/o maternidad temprana y la presencia de disfunciones en la familia (Antolín, 2009), así como la constitución del núcleo familiar.

Frente a este último factor, algunos autores como Torrente y Rodríguez (2004), afirman que la desintegración familiar sumado a factores de estrés y conflictos familiares, son factores desencadenantes de conductas al margen de la ley, mientras que, otros autores como Estrada et al., (2015), señalan a las familias monoparentales y extensas como contribuyentes al desarrollo de las mismas. Este argumento, se encuentra basado en la tipificación de las familias expuestas por Cohen y Peluso (2010), citados por Frachia (2015), en la cual identifican cinco tipos de familias: familia nuclear, familia monoparental, familia extensa, familia ensamblada y familia de hecho. La familia nuclear, corresponde al sistema tradicional conformado por padres e hijos, la familia monoparental está delimitada por la ausencia de uno de los progenitores, ya sea por fallecimiento, abandono, divorcios, separación temporal o intermitente, en la familia extensa se encuentra un grupo de sujetos al cual pertenecen tíos/as, abuelos/as, primos/as, nietos/as y otros miembros pertenecientes a familias nucleares como yernos, cuñadas etc.; la familia ensamblada por su parte, se refiere a la ruptura de la pareja que conformaba una familia nuclear y ambas partes deciden formar un nuevo núcleo y la familia de hecho se refiere a aquella estructura familiar la cual no está compuesta bajo ninguna unión legal, es decir, la unión libre.

Sin embargo, a pesar de que la delincuencia juvenil es un fenómeno social que lleva un pico de alza en Colombia, en las cifras reportadas por la Policía Nacional (Ramírez y Arroyo, 2014; Goleman, 2002), las cuales ascendieron a 60.186 en el año 2020 en el periodo comprendido entre enero y agosto, en la región del Caribe se han realizado pocos estudios acerca de menores infractores que intenten encontrar algún tipo de asociación entre variables familiares y aparición de conductas delictivas. En este sentido, los estudios que se encuentran al respecto involucran alguna variable, como es el caso de Castillo et al., (2015) y Ramírez y Arroyo (2014), pero no hay antecedentes hasta la fecha que permitan profundizar en los factores incidentes en la conducta delictiva adolescente desde el área familiar, lo cual muestra el escaso abordaje investigativo de esta temática no solo a nivel regional sino específicamente en la ciudad de Sincelejo, a pesar del aumento de las situaciones delictivas presentadas en este sector del país, relacionadas posiblemente con las secuelas que ha dejado el conflicto armado en el departamento de Sucre. Esto último, debido a que Sucre ha sido un departamento altamente golpeado por la violencia desde la década de los ochenta, y, en la actualidad, cuarenta años después, el director de seguridad de la Policía Nacional señala que cada vez más son los jóvenes que se encuentran en la línea base de grupos al margen de la ley, en estructuras como el clan del Golfo, el ELN y las disidencias de las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia).

Frente a ello, la directora del Observatorio Javeriano de la Juventud, Marta Lucía Gutierrez Bonilla, apunta a que, debido a las condiciones de vida precarias, los jóvenes son reclutados por los grupos al margen de la ley ofreciéndoles oportunidades laborales, pero para el psiquiatra Rodrigo Córdoba, se debe más a un fenómeno basado en la crianza que puede estar teniendo fallas en el establecimiento de límites de construcción social (El Tiempo, 2020).

En este sentido, el presente estudio se lleva a cabo teniendo en cuenta la definición de dinámica familiar dada por Minuchin (2004) citado en Frachia (2015), en la cual menciona el sistema de roles, los lazos de pertenencia, las relaciones de afecto, los sistemas de comunicación y los métodos de resolución de conflictos como factores componentes de la funcionalidad familiar, y en la clasificación de estilos de crianza presentada por Craig (1997) citado por Aroca y Paz-Cánovas (2013), la cual se detalla en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Estilos de crianza.

Estilos de crianza	Características
Autoritativo	Padres que inculcan la autonomía en sus hijos. Comunicación abierta, reglas flexibles, niños con mayor confianza personal, autocontrol, elevada autoestima, mejor desempeño escolar.
Autoritario	Escasa comunicación, reglas inflexibles, poca independencia, niños temerosos, irritables, rebeldes y agresivos, niñas pasivas y dependientes en la adolescencia
Permisivo	Restricción inexistente, amor incondicional, mucha libertad, poca conducción, no hay límites. Niños agresivos y rebeldes, auto comprensivo, impulsivos, en algunos casos activos, sociales y creativos.
Negligente/Indiferente	No hay límite y falta de afecto. Los padres se concentran en su propia vida en algunas ocasiones negligentes. Niños, con conductas delictivas e impulsos destructivos.

Recuperado de: Aroca y Paz-Cánovas (2013).

Finalmente, lo anterior demuestra la importancia de estudiar este fenómeno haciendo énfasis en el factor familiar y en aspectos relacionados no solo con estilos parentales, sino también con la estructura familiar y la percepción que tienen los adolescentes de la funcionalidad de la misma, intentando aproximarse a una respuesta que pudiese explicar la génesis de este fenómeno social.

Método

Diseño

El estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, con un nivel correlacional y de corte transversal. Para la elección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico por racimos, siendo que la muestra viene dada por una unidad de

análisis cuyas características se encuentran encapsuladas en una unidad muestral específica (Hernández et al., 2010).

Participantes

Para la realización de esta investigación, se contó con la participación de los estudiantes de diferentes Instituciones Educativas de la ciudad de Sincelejo de grados 8°, 9°, 10° y 11° que se encontraban prestando el servicio social obligatorio¹. De esta manera, la muestra quedó conformada por 181 estudiantes con edades entre 13 y 18 años, la cual fue relativamente homogénea con prevalencia del sexo femenino (Ver tabla 1 de resultados).

Instrumento

Dentro de los instrumentos utilizados, se utilizó un cuestionario Ad Hoc para la caracterización sociodemográfica, en el cual se indagó acerca del sexo, edad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil y estructura familiar, es decir, con quién vivían al momento de la aplicación de los instrumentos; de manera adicional se obtuvo información acerca de pertenecer a la población víctima del conflicto armado o de haber sufrido de algún hecho victimizante.

Para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar, se utilizó el Apgar Familiar, (Smilkstein, 1978, citado por Suarez, M, y Alcalá en 2014), el cual mide dimensiones familiares tales como Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, afecto y Recursos desde la percepción de los adolescentes. Este cuestionario consta de 5 preguntas las cuales son calificadas en una escala Likert que va de 0 – 3 teniendo en cuenta que, el 0 representa la ausencia total o Nunca, 1 representa la opción casi nunca, el 2 representa la opción de algunas veces, y el 3 corresponde a la opción de casi siempre. La interpretación de estos resultados dependerá de la suma de sus respuestas: Normal (7 – 10 puntos), Disfuncional moderado (4 – 6 puntos) y Disfunción severa (0 – 3 puntos).

Por su parte, para la evaluación del estilo parental impartido por los padres, se utilizó la prueba de Parenting Practices Escala for Childrens (Lempers, Clark-Lempers, y Simons, 1989), la cual es una prueba de tipo auto-informe en la que los participantes evalúan el estilo de crianza impartido por sus padres desde su propia percepción. Se trata de una lista de afirmaciones en la que las respuestas son tipo Likert con valores oscilantes entre 1 (Nunca) y 5 (Muy frecuentemente) las cuales evalúan 5 dimensiones de la práctica parental: Apoyo, Inducción, Supervisión, Garantizar la autonomía, Castigo y Retirada del afecto, con un alfa de Cronbach de 0,79 y 0,76 para dimensiones paternas y maternas en cuanto a Apoyo, 0,86 y 0,86 para inducción positiva, 0,89 y 0,83 supervisión, 0,82 y 0,65 para la garantía de autonomía, 0,80 y 0,79 para castigo y 0,71 y 0,63 para la retirada del afecto (Rodríguez y Cortés; 2017).

Por último, se aplicó la prueba A-D de Seisdedos (1995), aplicado a jóvenes y adolescentes (11 – 19 años), para la medición de conductas antisociales y delictivas presentes en los participantes. Actualmente consta de 40 ítems los cuales son divididos en dos partes iguales para la evaluación de los dos aspectos de la conducta con una posibilidad de respuesta dicotómica (Si – No) tomando valores de 0 – 1, donde la puntuación directa se tomará a partir de las afirmaciones contestadas con “Si” en cada uno de los aspectos evaluados.

Procedimiento y Análisis de datos.

¹ El servicio social es un mecanismo formativo que tiene como propósito principal, integrar al estudiante a la vida comunitaria para contribuir a su formación social y cultural (Ley 115, 1994).

Este estudio se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1. Se determinó el tamaño de la muestra para una población de 247 estudiantes por medio del programa Excel 2010, el cual arrojó una muestra mínima de 151 estudiantes para una muestra representativa, con un nivel de confianza del 95%, un porcentaje estimado del 50% y un margen de error de 0,05 (5%). Posterior a esto, se obtuvo la autorización de la entidad de socorro Defensa Civil Colombiana (DCC), la cual se encuentra a cargo del Servicio Social de las Instituciones participantes, para dirigirnos a las instalaciones donde se presta este servicio y tener un primer contacto con los participantes; seguidamente, se les explicó a los alumnos la finalidad de la investigación, su participación de tipo voluntaria y la confidencialidad de los datos a recoger.

Durante la primera fase, se obtuvo el apoyo logístico de los instructores a cargo de la prestación del Servicio Social para la entrega de los consentimientos informados y la recolección de datos socio – demográficos en donde se recogieron datos como el sexo, la edad, nivel de escolaridad, estado civil y nivel socio – económico. De manera adicional se recogió información acerca de haber sido víctima de desplazamiento o de otro hecho victimizante.

Fase 2: Se aplicó la batería de prueba construida, la cual incluye los siguientes instrumentos de evaluación: Escala A – D (Seiseddos, 1995), Escala de estilos parentales y el Apgar familiar.

La evaluación tiene una duración aproximada de 30 minutos; y se realizó en espacios acordados dentro del plantel educativo, controlando en lo posible condiciones de ruido, luz y ventilación.

Fase 3: Una vez finalizado el proceso de evaluación, se procedió al análisis de los datos. Inicialmente se creó una base de datos en el programa Excel Office 2010 donde se anexaron todas las variables tanto de los datos descriptivos de la población como de los instrumentos aplicados.

Posteriormente, para su respectivo análisis estadístico se empleó el programa SPSS 10.0. Se utilizaron estadísticos de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central para los datos de tipo descriptivo y la forma estadística R-Pearson para los datos correspondientes al análisis de tipo correlacional. De manera adicional se utilizó el ANOVA para la comparación de variables cuantitativas entre grupos como el sexo y la presencia de hechos victimizantes con las conductas delictiva.

Resultados

Los resultados de esta investigación se encuentran representados en tablas de frecuencia, que corresponden a los datos recogidos sobre las variables de estudio: estilos parentales, estructura familiar, percepción de funcionalidad familiar y presencia de conductas delictivas en la población estudiada. Estos resultados se presentan inicialmente de manera individual y, posteriormente se muestra la correlación entre las variables estudiadas.

En lo que respecta a los aspectos de las variables socio – demográficas, las características de la población se muestran de la siguiente manera:

En cuanto la variable sexo se evidencio una muestra relativamente homogénea entre ambos sexos cuya diferencia fue de 9.3%, con prevalencia al sexo femenino; en la misma línea, en lo referente al nivel económico se encontró predominio del nivel socio-económico medio en un 70%, y, en cuando a la edad, se muestra que el 97.3% de la

población es menor de 18 años de edad, siendo la media 15 años de edad representada en el 43% de la población.

Por otra parte, en cuanto al nivel de escolaridad se puede observar que en su mayoría pertenecían al grado 9º (53.6%), siendo el grado 8º el de menor presencia en la muestra seleccionada. A su vez, en lo que respecta al estado civil de los participantes, la prevalencia en un 92% fue del estado soltero. De manera adicional es importante mencionar que un 23% de la población participante manifestó ser víctima de desplazamiento y un 11% afirma haber sido víctima de otro hecho victimizante (Ver tabla 1)

Tabla 1

Datos socio – demográficos.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujeres	96	54.1
	Hombres	85	44.8
Nivel económico	Alto	8	4.4
	Medio	129	70.5
	Bajo	44	24.0
Edad	13	10	5.5
	14	49	26.8
	15	79	43.2
	16	29	15.8
	17	11	6.8
	18	3	1.6
Escolaridad	8	5	2.7
	9	98	53.6
	10	78	42.6
Estado civil	Soltero	170	92.9
	Casado	2	1.1
	Unión libre	9	4.9
Víctima desplazamiento	Si	42	23.3
	No	138	76.7
Hecho victimizante	Si	21	11.6
	No	160	88.4

1. *Estilos parentales.*

En relación los estilos parentales, se encontró que los más utilizados en los hogares de estos adolescentes fueron el Autoritativo y el permisivo, con un 37% y 32% respectivamente. Esto quiere decir que los participantes perciben en mayor medida un estilo parental caracterizado por padres que inculcan la autonomía a los hijos, la comunicación abierta y reglas flexibles, lo cual corresponde al estilo de crianza Autoritativo, y el cual forma individuos con mayor confianza personal, autocontrol y autoestima elevada. Por otra parte, otro porcentaje de la población percibe una educación basada en la poca restricción normativa e inexistencia de límites, lo cual caracteriza al estilo de crianza permisivo, y suele formar individuos agresivos, e impulsivos, aunque pueden presentar otros rasgos de

personalidad como la creatividad y la sociabilidad, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Estilos Parentales

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estilo parental		
Autoritario	40	21.9
Autoritativo	69	37.7
Permisivo	59	32.2
Negligente	12	6.6

2. *Percepción de la funcionalidad familiar.*

De acuerdo a la percepción de la funcionalidad familiar, se encontró que el nivel de funcionalidad de la población evaluada indica algún grado de disfuncionalidad familiar (39.4%); lo que se traduce en la poca o nula capacidad para la utilización de los recursos familiares en la resolución de conflictos, baja participación de los integrantes del sistema familiar en la toma de decisiones, poca cohesión familiar y poca atención a las necesidades emocionales y físicas de otros miembros de la familia, tal como se muestra en la tabla 3.

Por otro lado, es pertinente precisar que, pese a lo anterior, la mayoría refiere adecuada visualización de los sistemas de roles, autoridad en los padres y límites diferenciados, los cuales son caracterizados por la presencia de reglas que determinan la participación de los integrantes del subsistema, flexibilidad y precisión generando contacto efectivo, autonomía y capacidad de resolución de conflictos internos. Sin embargo, un 12% de la población puntuó con disfuncionalidad severa.

Tabla 3

Percepción de la funcionalidad familiar.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Percepción de la funcionalidad familiar.		
Disfuncionalidad severa	23	12.6
Disfuncionalidad moderada	49	26.8
Normal	108	59.0

3. *Conductas delictivas.*

En cuanto a las conductas delictivas presentes en la muestra de estudio, se evidencia mayor inclinación hacia la transgresión física de las personas, expresado en una media de 4.74, lo que se traduce en conductas que van más allá de la violación de la ley; por lo tanto, se consideran de tipo antisocial más que delictiva, las cuales presentaron una media de 1.01. Esta información puede observarse en la tabla 4.

Tabla 4

Conductas delictivas.

	N	Media	Desviación estándar
Antisocial	181	4,74	3,766
Delictivo	181	1,01	2,243

4. *Estructura familiar.*

En cuanto a la conformación familiar de los participantes, el tipo de familia más representativo de la muestra fue el nuclear (51%), el cual responde al tipo de familia tradicional compuesto por padres e hijos, y la menos prevalente fue el tipo de familia reconstruida con un porcentaje del 4%, la cual es caracterizada por la ruptura de la pareja que conformaba una familia nuclear y ambas partes deciden formar un nuevo núcleo, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5

Estructura familiar.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estructura familiar.		
Nuclear	95	51.9
Monoparental	45	24.6
Extensa	33	18.0
Reconstruida	8	4.4

1. *Asociación entre estilos parentales, función familiar, estructura familiar y conducta delictiva.*

Finalmente, en lo que corresponde a la correlación de las variables de la presente investigación, se encontró que, a mayor percepción favorable de la funcionalidad familiar, menos presencia de conductas al margen de la ley. Asimismo, los resultados evidencian que la percepción favorable de la familia se encuentra relacionada por la presencia de estilos parentales donde primen la buena comunicación familiar, la cohesión entre los miembros, la responsabilidad en la atención de las necesidades de los miembros del sistema y las demostraciones afectivas, presentes en estilos autoritativos. Por otro lado, se muestra que, resultados asociados a una mala percepción de la dinámica familiar, se encuentran asociados a estilos parentales donde priman las normas rígidas e inflexibles, la comunicación unidireccional, la poca implicación afectiva por parte de los padres y la escasa motivación, correspondientes a estilos de crianza negligentes y autoritarios; por lo tanto, son más propensos a cometer actos antisociales, tal como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6

Asociación entre estilos parentales, función familiar, estructura familiar y conducta delictiva.

	Conductas delictivas y antisociales		Estilos de crianza			
	Delictiva	Antisocial	Autoritario	Autoritativo	Permisivo	Negligente
Estructura familiar	,104	,083	,059	-,059	-,037	,037
Apgar	-,047	-,308**	-,448**	,448**	,360**	-,376**

Discusión y conclusiones

La presente investigación ha permitido llevar a cabo el objetivo principal de este estudio, el cual se centró en determinar la asociación existente de los estilos parentales, la estructura familiar y la percepción de la funcionalidad familiar en la aparición de conductas delictivas de los adolescentes pertenecientes al Servicio Social de la ciudad de Sincelejo.

Los resultados del estudio arrojaron enlaces significativos entre las variables estudiadas, mostrando, por ejemplo, que los estilos parentales que presentan normas rígidas y minuciosas, comunicación unidireccional, poca cohesión familiar y afirmaciones de poder propios de estilos de crianza autoritarios, se relacionan con la presencia de conductas delictivas e incluso antisociales entre los agentes fraternos del sistema, es decir, los hijos. Ante esto, Minuchin y Fishman (2004), mencionan que aquellos estilos de crianza que se encuentran bajo el total control, poca comunicación y roles parentales periféricos, darán como resultado la aparición de conductas disruptivas. Por consiguiente, como lo sugiere Frachia (2015), este estilo de crianza, no generaría factores de protección al sistema familiar, sino que, por el contrario, promueve el riesgo a la delincuencia juvenil.

Teniendo en cuenta esto, se podría decir que los estilos autoritarios y negligentes estarían asociados al desarrollo de conductas disruptivas, ya que se puede apreciar la indiferencia por parte de los padres ante las conductas de los menores en el caso de estilos negligentes y la presencia de castigos reiterativos, ausencia de alabanzas y normas inflexibles en estilos autoritarios. Frente a esto, los resultados de Estrada, Rodríguez, Cerros y Solano (2017), muestran afinidad con lo expuesto resaltando que la aparición de conductas disruptivas se evidencia mayormente en estilos de crianza negligentes, puesto que la indiferencia expresada en el reforzamiento de las actitudes negativas y positivas generan confusión en el menor ante lo que es correcto o incorrecto, dando como resultado la no diferenciación entre los castigos y los reforzamientos en las conductas. De igual manera, Aguilar (2012), coincide con lo mencionado, indicando que la inconsistencia disciplinaria y la falta de supervisión propios de los estilos parentales negligentes, así como el castigo constante y la coerción entre los miembros del sistema, propios de estilos autoritarios, son factores de riesgos para las conductas violentas en los adolescentes.

Contrario a esto, Bravo, Sierra y Del Valle (2009), indican que la relación con las prácticas parentales en las que prima el estilo de crianza permisivo son las que se asocian a las conductas disruptivas, ya que se caracteriza por la no afirmación de la autoridad y

la restricción de normas por parte de los padres y la tolerancia ante los impulsos del menor accediendo a sus imposiciones.

Por su parte, los estilos parentales que mostraron normas claras, manifestaciones de afecto, disciplina dirigida y comunicación asertiva, donde se atendían a las necesidades de los menores, fomentan la capacidad de resolución de conflictos de manera efectiva permeando el autocontrol, las competencias y las conductas pro sociales que permiten desarrollar mejores posiciones ante los conflictos. Con respecto a esto, algunos autores como Tur et al., (2004), afirman que los buenos hábitos de crianza en donde se inculque la autonomía, el apoyo, la disciplina y la satisfacción de los adolescentes, promueven la aparición de conductas socialmente aceptadas.

En cuanto a la constitución familiar, expresada por Salazar et al., (2011) y Estrada et al., (2017), como factor incidente en el desarrollo de conductas delictivas en adolescentes, no se encontraron asociaciones significativas que pudiesen evidenciar que la manera en la que se encuentre conformada la familia sea un factor influyente en la comisión de actos delictivos, ya que los resultados de este estudio muestran que el mayor porcentaje de sujetos se encuentra en hogares nucleares (51%) y estos, a su vez, arrojaron tener presencia de conductas de tipo antisocial ($M=4,74$), lo cual no permite establecer con certeza que una familia estructurada sea considerada un factor protector para el desarrollo de este tipo de conductas. Esto es apoyado por Velazco, Galicia y Ojeda (2018) y, Torrente y Ruíz (2005), quienes afirman no haber establecido una relación significativa entre un tipo de familia específico y la aparición de conductas delictivas, razón por lo cual, conciben que son otro tipo de factores familiares los que pudiesen estar asociados a esta problemática social tales como el clima familiar bajo el cual se desarrollen los adolescentes.

Con base a lo anterior, se puede pensar que según la perspectiva del adolescente, las familias de tipo nuclear pueden presentar disfunciones familiares, teniendo en cuenta que la funcionalidad familiar no solamente se basa en la distribución compartida de roles y en el establecimiento de jerarquías en un sistema, sino también en factores como apoyo, contención emocional, resolución de problemas, sistema de toma de decisiones, maduración de los participantes del sistema y la atención recibida ante las necesidades de los otros miembros (Minuchin et al; 2004), lo cual no es garantizado por pertenecer a un tipo de familia específico. Por consiguiente, tal hecho reflejaría la necesidad de más estudios investigativos en el departamento en torno a esta temática.

Por otro lado, los resultados de esta investigación discrepan con Valenzuela et al; (2013), los cuales afirman que las familias de tipo monoparentales son más propensas a generar conductas violentas en los hijos, ya que se caracterizan por tener relaciones frívolas, apegos inseguros, poca supervisión parental y conflictos parentales constantes lo que promueve la disfunción familiar. Asimismo, varios autores afirman que este tipo de familias monoparentales en donde prima la figura materna, son hogares de tipo criminógenos ya que existe poco apoyo emocional, menos interacción madre – hijo y varias figuras paternas al tiempo imponiéndose sobre el menor como lo son, por ejemplo, los abuelos, tíos, primos, etc., lo que conlleva a que la madre sea desautorizada en repetidas ocasiones por estos (Estrada et al., 2017 y Torrente et al., 2004).

En esta misma línea, Frachia (2015), esboza que las familias extensas y reconstruidas, donde se encuentran hijos de dos, o más núcleos familiares distintos son un factor de riesgo en el adolescente ya que generan uniones tempranas, embarazos

adolescentes, peores puestos de trabajo y disgregación de núcleos familiares, los cuales son factores favorables al delito.

Por último, uno de los factores de tipo familiar que más figura como implicado en el desarrollo de conductas delictivas, es la manera en la que los adolescentes están percibiendo su ambiente familiar, es decir, de qué manera aprecian la educación impartida por sus progenitores y/o demás familiares dentro del sistema. Esto se considera de gran importancia ya que es de común conocimiento que suelen existir discrepancias entre la manera en la que los padres creen que actúan de manera correctiva frente a los hijos y la manera en la que estos últimos reciben y asumen este tipo de correcciones.

Es así, como los resultados de esta investigación muestran que los sistemas familiares en donde se percibió mayor interés hacia las necesidades del adolescente, comunicación fluida, claridad de roles y de autoridad, límites precisos, capacidad de resolución de conflictos y la participación activa de los agentes en la toma de decisiones familiares, presentes en el 59% de la población, favorecieron en cierta medida la visión que tiene el adolescente ante la educación impartida por los padres; esto se encuentra en concordancia con Ruiz, et al., (2014) los cuales hallaron que una mayor cohesión familiar, organización y autonomía entre los miembros, promete mayor generación de conductas pro sociales en los adolescentes. Esto, teniendo en cuenta, que la fase de desarrollo por la cual se enfrenta el sujeto en la adolescencia se encuentra influenciada por la necesidad de reconocimiento tanto familiar como social a lo que se suman las motivaciones y los intereses personales, por lo que la supervisión de los padres, el apoyo y la comunicación constante suelen jugar un papel importante en el modelamiento de las conductas en esta etapa evolutiva.

En este sentido Frachia (2015), menciona que la no tolerancia al conflicto evitando la responsabilidad de los actos, la poca interacción familiar, el desconocimiento del otro dentro del sistema, en las cuales se adopte conductas en las que interese solo el bienestar propio, las discusiones, los gritos, las amenazas, la distancia emocional y el desapego son factores de riesgo importantes en el desarrollo de conductas no solo delictivas, sino también antisociales. En consecuencia, otros estudios sugieren que bajos niveles de calidez emocional, sumados a altos niveles de rechazo, control e inconsistencias en cuanto al apoyo percibido y las disfunciones familiares son factores generadores de conductas hostiles en los adolescentes (Muris et al, 2004; Salazar et al., 2011).

Cabe destacar que existen otros factores de tipo social que podrían promover la comisión de actos delictivos y que surgieron secundariamente en el estudio, tal es el caso de las variables “víctimas de conflicto armado” y “haber sufrido de algún hecho victimizante”, a los que pertenecen el 34,9% de la muestra. Frente a esto, Morales (2018), afirma que el conflicto armado en Colombia ha dejado secuelas en la salud mental de las víctimas que van desde los traumas psicológicos, angustia y depresión hasta el desarrollo de conductas violentas. Teniendo en cuenta las cifras de adolescentes víctimas del conflicto armado en Colombia, es de esperarse que las conductas violentas y agresivas vayan en aumento en este segmento de la población como expresión de emociones negativas tales como el resentimiento, la culpa y la ira. De esta manera, para Aristizábal y colaboradores (2012), la conducta violenta de los adolescentes víctimas del conflicto surge como la compensación de la indefensión y los maltratos a los que fueron sometidos, asumiendo un rol opuesto al de víctima, reflejando en la conducta delictiva los sentimientos de resentimiento, rencor y rabia que descargan a través de la agresión, lo cual podría explicar el alto porcentaje de adolescentes con conductas delictivas arrojados por este estudio, relacionado con la alta prevalencia de adolescentes que han sido víctimas

del conflicto armado o de algún hecho victimizante. Sin embargo, sería necesario comprobarlo en futuras investigaciones, ya que no es concluyente en este estudio por falta de datos, debido a que esta variable no se incluyó como objetivo de investigación.

A nivel general, se puede concluir que las conductas delictivas en los adolescentes se encuentran estrechamente relacionadas con el componente familiar, dado que es el primer sistema al cual el individuo pertenece y que es responsable del desarrollo efectivo en todas las áreas que componen al ser humano. Es por ello que la relación que establezcan los padres hacia los hijos en cuanto a la organización del sistema, propone un punto esencial en el desarrollo moral de estos, dado que un sistema de reglas y normas claras, límites establecidos, niveles de apoyo e interacción constante y generación de autonomía suelen ser factores de protección ante la aparición de conductas disruptivas.

Así mismo, la manera en la cual se encuentra constituido el sistema familiar, no refleja una relación directa en la aparición de conductas al margen de la ley; así pues, estructuras familiares nucleares, monoparentales, extensas o de hecho, tienen el mismo riesgo de albergar hijos (as) adolescentes que cometan este tipo de conductas, ya que, a pesar de que quedó expuesto que la dinámica familiar es importante en el desarrollo moral y conductas delictivas de los adolescentes, ningún tipo de estructura familiar asegura una buena funcionalidad de la misma, debido a que se encuentran inmersos diversos factores de tipo personal y relacional que inciden de manera significativa en la construcción de la dinámica en los sistemas paternos-fraternos.

Finalmente, en cuanto al estilo parental impartido por los padres, este se encuentra relacionado tanto con la manera en la cual el adolescente percibe la funcionalidad de su entorno familiar, como con el desarrollo de conductas disruptivas. Es así como estilos parentales autoritarios y negligentes, propician la aparición de conductas violentas y antisociales. Por lo tanto, se puede afirmar que la presencia de normas rígidas, inflexibles, la proporción de castigos mayor a la de los halagos, las afirmaciones de autoridad basadas en el poder, la poca cohesión familiar y la ausencia de comunicación, suelen ser un factor de riesgo no solo para el desarrollo de conductas delictivas, sino, además, de conductas antisociales en los adolescentes. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que impartir estilos de crianza donde los límites suelen ser flexibles y el menor tenga decisión exclusiva frente a aspectos como resolución de conflictos y toma de decisiones globales, también pueden ser considerados como factores de riesgo para el adolescente.

Referencias

- Aguilar, M. (2012). La influencia del contexto familiar en el desarrollo de las conductas violentas durante la adolescencia: factores de riesgo y protección; Universidad de Murcia, Murcia – España, 2012. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v54n2/v54n2a03.pdf>
- Antolín, L., Oliva, A., Arranz, E. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de Psicología*, 40 (3); 313-327. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/970/97020869001.pdf>
- Aristizábal, E., Palacio, J., Madariaga, C., Osman, H., Parra, L. H., Rodríguez, J., & López, G. (2012). Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del

- Ramírez, A., y Arroyo-Alvis, K. (2014). Características neuropsicológicas en adolescentes infractores de la ciudad de Sincelejo-Sucre. *Psicogente*, 17 (32), 421-430; ISSN 0124-0137. Disponible en <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>
- Ruíz, A., Hernández, M., Mayrén, P., y Vargas, M. (2014). Family functioning of consumers of addictive substances with and without criminal behavior. *Liberabit*, 20(1); 109-117, ISSN 1729-4827. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272014000100010&script=sci_abstract&tlng=en
- Robles, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de la identidad. Comentarios entorno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75 (1); 29 – 34. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>
- Rodríguez, A., y Cortés, M. (2017) Prácticas de crianza y trastornos psicológicos en adolescentes colombianos. *Behavioral Psychology*, 25 (3); 599 – 621, ISSN 1132-9483. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-169769>
- Salazar, J., Torres, T., Quinteros, C., Figueroa, N., y Araiza, A. (2011). Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara Jalisco. *Papeles de población*, 17 (68); 103 – 116, ISSN 2448-7147. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200005
- Sampieri, R. (5ª edición). (2010). *Metodología de la investigación*. México. Interamericana Editores, S.A. de C.V
- Sanabria, A., y Uribe, A. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento psicológico*, 6 (13); 203-218. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469014>
- Suarez, M., y Alcalá, M. (2014). Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz*, 20 (1), 53-57. ISSN 1726-8958. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Torrente, G., y Rodríguez, A. (2004). Características sociales y familiares vinculadas al desarrollo de la conducta delictiva en pre-adolescentes y adolescentes. *Cuadernos de trabajo social*, 17, 99 – 115. ISSN: 0214-0314. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155765>
- Torrente, G., y Ruiz, J. (2005). Procesos familiares relacionados con la conducta antisocial de adolescentes en familias intactas y desestructuradas. *Apuntes de Psicología*, 23 (1); 41-52, ISSN 0213-3334. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2217822>
- Tur, A., Maestre, M., y Del Barrio, V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y el temperamento. *Acción psicológica*, 3 (3), 207 – 221. Disponible en <http://e->

spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2004-numero3-0005&dsID=Documento.pdf

- Valenzuela, M., Ibarra, A., Tamara, Z., y Correa, M. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22 (1-2), 50-54. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Velazco, A., Galicia, I., y Ojeda, F. (2018). Conductas antisociales – delictivas en adolescentes: relación con el género, la estructura familiar y el rendimiento académico. *Alternativas en psicología*, 38, 80 – 98. Disponible en <https://alternativas.me/27-numero-38-agosto-2017-enero-2018/158-conductas-antisociales-delictivas-en-adolescentes-relacion-con-el-genero-la-estructura-familiar-y-el-rendimiento-academico>

Fecha de recepción: 05/02/2022

Fecha de revisión: 17/02/2022

Fecha de aceptación: 14/07/2022

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Vásquez-Echeverría, A. y Loose, T. (2022). Impactos psicosociales de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Uruguay. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 165-181. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.897.

IMPACTOS PSICOSOCIALES DE LA COVID-19 ENTRE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE URUGUAY

Alejandro Vásquez-Echevarría

Universidad de la República (Uruguay)

alejandro.vasquez@pedeciba.edu.uy - <http://orcid.org/0000-0003-0100-6968>

Tianna Loose

Universidad de la República (Uruguay)

loose.tianna@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-1608-2309>

Resumen. El nuevo coronavirus ha tenido un efecto catastrófico en todo el mundo sobre la salud física y mental. En este artículo, nos centramos en el impacto psicosocial entre los estudiantes de Uruguay, un país relativamente protegido de la pandemia durante 2020. Nuestro estudio tenía tres objetivos principales: 1) describir el impacto en detalle; 2) identificar las relaciones entre las diferentes dimensiones y; 3) destacar los determinantes de la salud mental. Hemos diseñado un cuestionario multidimensional para investigar el impacto percibido por los estudiantes. El cuestionario se administró en línea a 144 estudiantes universitarios uruguayos mientras la universidad estaba cerrada. Entre el 38 y el 66% de los estudiantes indicaron un aumento de los signos de ansiedad, depresión o trastornos del sueño. Independientemente de otros factores relacionados, el aumento del consumo de sustancias, el deterioro de las relaciones sociales, el impacto negativo del cierre de escuelas y las preocupaciones financieras personales representaron el 41% de la variación en la salud mental. Los resultados se discuten en términos de sus implicaciones para la salud pública y las futuras direcciones de investigación sobre los efectos de la pandemia en la salud mental.

Palabras clave: Cuestionario; COVID-19; psicología; salud mental; universidad

PSYCHOSOCIAL IMPACTS OF COVID-19 AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN URUGUAY

Abstract. The new coronavirus has had a catastrophic toll around the world on physical and mental health. In this article, we focus on the psychosocial impact among students in Uruguay, a country relatively protected from the pandemic during 2020. Our study had three main objectives: 1) describe the impact in detail; 2) identify the relationships between the different dimensions and; 3) highlight the determinants of mental health. We designed a multidimensional questionnaire to investigate the perceived impact of students. The questionnaire was administered online to 144 Uruguayan university students while the university was closed. Between 38 and 66% of the students indicated an increase in signs of anxiety, depression or sleep disturbances. Regardless of other related factors, increased substance use, deterioration in social relationships, negative impact of school closings, and personal financial concerns accounted for 41% of the variation in mental health. The findings are discussed in terms of their implications for public health and future directions of research on the effects of the pandemic on mental health.

Keywords: Questionnaire; COVID-19; psychology; mental health; university

Introducción

Hasta el 21 de octubre de 2020, cuando se realizó este estudio, el nuevo virus corona (COVID-19) había matado a 1.119.431 personas en todo el mundo y había infectado a 40.455.651. Estos peajes siguen aumentando. En Sudamérica, Brasil (154.176), Argentina (26.716) y Perú (33.820) son los países con mayor número de muertos, mientras que en Uruguay sólo han fallecido 51 personas (World Health Organization, 2020). En respuesta al brote, en marzo de 2020, el gobierno uruguayo actuó rápidamente con el cierre de escuelas, tiendas y reuniones sociales. Se aconsejó a los ciudadanos que permanecieran en casa, llevaran mascarillas, evitaran las interacciones sociales y se lavaran las manos. A diferencia de muchos otros países, el gobierno nunca aplicó ninguna recomendación, sino que confió en la responsabilidad personal y social de los residentes. En abril de 2020, se estimaba que cerca del 70% de la población respetaba las medidas de permanencia en el hogar, pero luego comenzaba a retomar las interacciones sociales (Herrero, 2020). El país ha recibido muchos elogios por su control de la pandemia y las bajas tasas de infección en 2020. A finales de 2020, la mayoría de los espacios públicos y los negocios habían reabierto (bares, restaurantes, tiendas, playas, parques) y se habían reanudado las reuniones sociales (conciertos, equipo deportivo) o, en otras palabras, muchas de las estructuras necesarias para que los jóvenes pudieran hacer su vida con un aire de normalidad. No obstante, la Universidad estuvo cerrada a los estudiantes y las clases se impartieron mediante plataformas en línea.

Además de los daños por las infecciones y las muertes por COVID-19, el contexto de la pandemia ha causado importantes trastornos y daños colaterales en términos de bienestar psicológico, social, físico y económico de las poblaciones de todo el mundo (VanderWeele, 2020). Por ejemplo, un estudio internacional a gran escala descubrió que las actividades sociales relacionadas con la familia, los amigos o el entretenimiento se redujeron casi un 50% desde antes hasta después del confinamiento. La adopción de plataformas digitales para la

conexión social aumentó, pero la satisfacción vital cayó (Ammar et al., 2020). En cuanto a la salud física, el ejercicio ha disminuido mientras que el consumo de alcohol apenas ha variado (Knell et al., 2020). De forma alarmante, los problemas de salud mental se han multiplicado hasta por siete en la población general. La prevalencia de la depresión se sitúa actualmente en el 32% y la de la ansiedad en el 34% (Salari et al., 2020) y es mayor entre los jóvenes en comparación con otros grupos de edad (Huang & Zhao, 2020). Los jóvenes estarían soportando el peso psicosocial de la normativa COVID-19. The American Psychological Association (2020) descubrió este mes que los jóvenes de entre 18 y 23 años (adultos de la Generación Z) experimentaban más ansiedad y depresión en respuesta a la COVID-19 en comparación con cualquier otro grupo de edad. el 31% declaró que su salud mental había empeorado en el último año, el 81% señaló que el curso escolar le causaba estrés y el 67% dijo que la planificación del futuro le parecía imposible. el 31% experimentó alteraciones en los patrones de sueño, el 28% tenía una dieta menos saludable y el 28% había experimentado un cambio en el peso corporal. En comparación con todos los demás grupos de edad, los adultos de la Generación Z fueron los más propensos a aceptar que se sentían "muy solos" (63%) y a informar de la angustia en sus relaciones, especialmente porque se sentían menos cercanos a su familia, amigos y comunidad. Como vemos, el impacto psicosocial de cambiar las interacciones a plataformas virtuales no parece verse frenado por el hecho de que la Generación Z sea una generación tecnológica. De hecho, este grupo parece estar entre los que más riesgo corren de sufrir trastornos de salud mental relacionados con la pandemia.

La pandemia ha provocado una crisis de salud mental y es fundamental que los investigadores investiguen el tema inmediatamente (Holmes et al., 2020). Los gobiernos, los responsables políticos y los investigadores deben tener en cuenta estos factores colaterales a la hora de considerar el total de años de vida perdidos y las estrategias para aplicar (VanderWeele, 2020). Hasta ahora, sólo un puñado de estudios dispersos han investigado los niveles de malestar psicológico en respuesta a la COVID-19 entre los estudiantes universitarios, pero la investigación sobre el tema seguramente se acumulará. En China, una cuarta parte de los estudiantes presentaba síntomas de ansiedad generalizada que estaban relacionados con factores de estrés económico, académico y social (Cao et al., 2020). En la India, los estudiantes universitarios tenían un buen conocimiento de la enfermedad y seguían las recomendaciones (Prasad Singh et al., 2020) , al igual que los estudiantes universitarios de EE.UU. Los estudiantes universitarios estadounidenses también declararon tener dificultades en su vida cotidiana y en el contexto académico en concreto. Informaron de altos niveles de estrés, angustia y problemas de salud mental, incluyendo ansiedad y depresión. Entre los factores que contribuyen a ello se encuentran las dificultades de concentración, los problemas económicos debidos al desempleo, la falta de acceso a suministros higiénicos y médicos, la búsqueda de información relacionada con COVID-19, la edad (más joven) y el sexo (femenino) (Kecojevic et al., 2020).

En términos de prevalencia y normativa, la situación del COVID-19 en Uruguay específicamente no es tan grave como en la mayoría de los otros lugares del mundo (World Health Organization, 2020). La gravedad de las infecciones por COVID-19 y las tasas de mortalidad aumentan con la edad, lo que significa que los jóvenes serían los menos vulnerables en este sentido (Omori et al., 2020). Sin embargo, los jóvenes son los más vulnerables en términos de daños colaterales psicosociales que contribuyen a la pérdida de

años de vida a largo plazo. No pudimos identificar ninguna investigación realizada sobre cómo los estudiantes universitarios de Uruguay perciben el impacto del COVID-19. De hecho, se empiezan a acumular investigaciones realizadas entre grupos específicos (por ejemplo, estudiantes universitarios) o entre sudamericanos, pero no hay. Las directrices para realizar investigaciones psicosociales sobre la pandemia sugieren que generalizar los resultados es irreverente. En su lugar, debemos realizar una investigación contextualizada que describa las situaciones problemáticas y sus determinantes (Venkatesh, 2020). En este estudio, nuestro primer objetivo fue resaltar el grado de impacto de la COVID-19 en diversas esferas de la vida de los estudiantes universitarios uruguayos de manera descriptiva y detallada. Por ejemplo, ¿los estudiantes de Uruguay experimentaron angustia psicológica a pesar de que no hubo cierre oficial? ¿Cómo se vio afectada su vida social y académica? ¿Cómo ha afectado la pandemia a su consumo de sustancias, a sus pautas de ejercicio y a su alimentación saludable? ¿Algún estudiante encuentra beneficios o disfruta de la experiencia? En la segunda parte de nuestro estudio, nuestro objetivo era examinar cómo estas diferentes esferas estaban interrelacionadas y eran determinantes para el malestar psicológico.

Métodos

Material

Dos doctores en psicología clínica con experiencia en psicometría diseñaron un cuestionario para los fines del estudio. En el cuestionario se pedía a los estudiantes que consideraran cómo COVID-19 había cambiado aspectos de sus vidas en una escala que iba de (1) *totalmente en desacuerdo* a (5) *totalmente de acuerdo*. Las esferas incluyeron el impacto general, el impacto del cierre de escuelas, el funcionamiento social, la salud psicológica, las cuestiones financieras, las preocupaciones socioeconómicas, los comportamientos de salud y los beneficios positivos. También se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones y la medida en que los estudiantes disfrutaban de las actividades virtuales. La vulnerabilidad se evaluó con preguntas de sí/no. Todos los ítems del cuestionario y las fiabilidades de las escalas se presentan en la sección de resultados.

Población y procedimiento

144 estudiantes universitarios participaron en el estudio en línea mientras se suspendían las clases presenciales en la Universidad. Añadimos el cuestionario COVID-19 a otra investigación ya en marcha sobre resultados académicos, motivación, perspectivas temporales y personalidad. El protocolo se sometió a la aprobación ética del consejo de nuestra universidad. Los profesores de varios departamentos ponen una invitación al estudio en la plataforma educativa online asociada a su clase. La edad media fue de 22 años ($SD=3,90$). 101 participantes se identificaron como mujeres (70%), 42 como hombres (29%) y uno como otro. el 98% había nacido en Uruguay, el 85% era blanco, el 11% era mestizo y el 3% tenía otra etnia. La mayoría de los participantes estaban desempleados (76%) y recibían ayuda económica de sus padres (88%), pero no del gobierno (9%). Dos estudiantes informaron de que tenían problemas habitualmente para cubrir las necesidades básicas (comida, alquiler), el 20% informó de que a veces tenía problemas y el 79% dijo que nunca los tenía. el 70% declaró tener un lugar adecuado para estudiar en casa (por ejemplo, un escritorio, un lugar tranquilo), el 26% dijo que lo tenía en cierta medida y el 4% dijo que no lo tenía.

Diseño estadístico

Para describir el impacto de la COVID-19 entre los estudiantes universitarios, proporcionamos proporciones de estudiantes que respaldaron elementos individuales del

cuestionario. Cuando describimos los resultados de las preguntas utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, colapsamos las categorías de respuesta muy o algo de acuerdo o en desacuerdo en tres (*de acuerdo, neutral y en desacuerdo*) para mejorar la legibilidad.

Tras describir la situación, comprobamos la fiabilidad de la reagrupación de los ítems por dominios y creamos las puntuaciones de escala correspondientes. Estas escalas se utilizaron en los análisis de correlación para aprehender las interrelaciones entre los factores. Por último, todos los factores que mostraron una correlación significativa con el malestar psicológico se llevaron como predictores en un análisis de regresión jerárquica en el que el malestar psicológico figuraba como resultado. Todas las pruebas eran de dos colas, $p < 0,05$ indicaba significación estadística y los análisis se realizaron con SPSS 20.

Resultados

Descripción del impacto

En general, los estudiantes no indicaron niveles elevados de vulnerabilidad. el 17% informó de que tenía vulnerabilidades sanitarias (por ejemplo, enfermedades preexistentes), el 33% vivía con alguien con vulnerabilidades sanitarias y el 67% vivía con alguien que tenía un trabajo que implicaba el contacto con personas. Casi todos los estudiantes (90%) declararon que tenían suficiente acceso a los servicios sanitarios. La mayoría de los estudiantes informaron de que el COVID-19 no afectó a su situación laboral. el 17% siguió trabajando normalmente con un trabajo que implicaba contacto con la gente, el 6% dijo que seguía trabajando pero con menos horas o menos salario y el 8% había perdido su trabajo o no podía trabajar a causa de la COVID-19. el 2% trabajaba en el sector sanitario (hospital, jubilación) y una persona había estado en contacto directo con COVID-19. A continuación, se calcularon las proporciones de estudiantes que aprobaron cada una de las cinco opciones de respuesta para cada ítem del cuestionario (tabla 1).

Tabla 1

Ítems del cuestionario COVID-19 en español e inglés: Porcentaje de endoso

	1	2	3	4	5
Impacto					
<i>Impacto</i>					
COVID-19 ha tenido un gran impacto en mi vida	3.5	4.2	30.6	33.3	28.5
<i>COVID-19 ha tenido un gran impacto en mi vida</i>					
Ahora con el COVID-19, todo es totalmente diferente	4.2	6.9	24.3	37.5	27.1
<i>Ahora con COVID todo es totalmente diferente</i>					
Odio el impacto que COVID-19 ha tenido en mi vida	23.6	17.4	32.0	15.3	11.8
<i>Odio el impacto que COVID-19 ha tenido en mi vida</i>					
Me encanta el impacto que COVID-19 ha tenido en mi vida.	44.4	13.9	31.3	6.3	4.2
<i>Me encanta el impacto que COVID ha tenido en mi vida</i>					
Educación					
<i>Educación</i>					
La enseñanza virtual tiene un efecto negativo en mi aprendizaje	19.4	18.8	22.2	23.6	16.0
<i>La enseñanza virtual tiene un efecto negativo en mi aprendizaje</i>					
Me extraña ir a clase	10.4	8.3	14.6	26.4	40.3
<i>Echo de menos ir a clase</i>					
Estoy menos motivado para hacer el trabajo del curso	19.4	13.9	17.4	22.9	26.4
<i>Estoy menos motivado para hacer los trabajos de clase</i>					
Estoy menos motivado para completar mis estudios universitarios	43.8	18.8	13.9	13.2	10.4

<i>Estoy menos motivado para completar mis estudios universitarios</i>					
Social					
Social					
Ha tenido un impacto negativo en mi vida social	16.7	13.9	18.8	29.2	21.5
<i>Ha habido un impacto negativo en mi vida social</i>					
Me siento más socialmente aislado	13.9	17.4	13.9	33.3	21.5
<i>Me siento más aislado socialmente</i>					
El contacto virtual es suficientemente bueno para mí	20.8	31.9	18.1	19.4	9.7
<i>El contacto virtual es suficiente para mí</i>					
Me extraña compartir actividades con la gente	7.6	6.3	16.7	32.6	36.8
<i>Echo de menos compartir actividades con la gente</i>					
Mundo virtual					
Mundo virtual					
Me gustan los ordenadores y las pantallas	5.6	14.6	29.9	22.9	27.1
<i>Me gustan los ordenadores y las pantallas</i>					
Me gustan los videojuegos	33.3	15.3	16.0	14.6	20.8
<i>Me gustan los videojuegos</i>					
Disfruta viendo series o películas	.7	7.6	11.8	32.6	47.2
<i>Me gusta ver series y películas</i>					
Disfruta de las actividades virtuales	6.3	19.4	35.4	24.3	14.6
<i>Me gustan las actividades virtuales</i>					
Empleo y finanzas					
Empleo y finanzas					
Estoy más preocupado por mis propias finanzas	22.9	14.6	22.9	22.9	16.7
<i>Estoy más preocupado por mis propias finanzas</i>					
Estoy más preocupado por el desempleo	21.5	8.3	16.0	31.3	22.9
<i>Me preocupa más el desempleo</i>					
Estoy más preocupado por mi carrera	6.3	6.3	17.4	35.4	34.0
<i>Estoy más preocupado por mi carrera</i>					
Social y Economía					
Social y económico					
Estoy más preocupado por el futuro de la economía	2.1	3.5	23.6	40.3	30.6
<i>Me preocupa más el futuro de la economía</i>					
Estoy más preocupado por el sistema social	6.3	3.5	25.7	36.1	28.5
<i>Me preocupa más el sistema social</i>					
Estoy más preocupado por las industrias y empresas	6.3	11.8	35.4	30.6	16.0
<i>Me preocupan más las industrias y las empresas</i>					
Psicología					
Psicología					
Tengo más problemas para concentrarme	13.2	12.5	16.0	27.1	31.3
<i>Tengo más problemas de concentración</i>					
Siento más estrés y ansiedad	10.4	8.3	15.3	34.0	31.9
<i>Siento más estrés y ansiedad</i>					
Tengo más sentimientos de tristeza	18.8	13.2	23.6	22.2	22.2
<i>Tengo más sentimientos de tristeza</i>					
Tengo más sentimientos de soledad	22.2	17.4	22.2	22.2	16.0
<i>Tengo más sentimientos de soledad</i>					
Tengo más sentimientos de desesperación o impotencia	20.8	17.4	22.2	20.1	19.4
<i>Tengo más sentimientos de desesperanza e impotencia</i>					
Mis ciclos de sueño han cambiado	20.1	13.2	12.5	22.2	31.9
<i>Mis ciclos de sueño han cambiado</i>					
Comportamientos de salud					
Conductas de salud					
Tomo más alcohol	74.3	9.0	6.3	7.6	2.8
<i>Bebo más alcohol</i>					

Fumo más marihuana <i>Fumo más marihuana</i>	87.5	3.5	4.9	2.1	2.1
Como alimentos más saludables <i>Como alimentos más sanos</i>	20.8	18.1	29.9	16.7	14.6
Hago más actividad física (p. ej., caminar, yoga...) <i>Hago más actividad física (por ejemplo, caminar, yoga)</i>	47.2	16.0	14.6	13.9	8.3
Siguiendo las recomendaciones					
Recomendaciones siguientes					
Sigo atentamente todas las recomendaciones de los gobiernos <i>Sigo cuidadosamente todas las recomendaciones del gobierno</i>	2.1	9.0	19.4	37.5	31.9
Me lavo las manos con frecuencia <i>Me lavo las manos con frecuencia</i>	.7	2.8	16.0	27.1	53.5
Evito salir de mi casa <i>Evito salir de mi casa</i>	4.9	10.4	16.0	27.1	41.7
Uso una máscara cuando estoy afuera <i>Utilizo una máscara cuando estoy fuera</i>	4.2	2.1	10.4	25.0	58.3
Beneficios positivos					
Beneficios positivos					
Estoy más agradecido por lo que tengo <i>Estoy más agradecido por lo que tengo</i>	3.5	4.9	22.2	36.1	33.3
Soy más amable y compasivo con la gente <i>Soy más amable y compasivo con la gente</i>	9.7	16.0	39.6	20.8	13.9
He aprovechado para tener más tiempo <i>Me he beneficiado de tener más tiempo</i>	17.4	16.0	22.2	21.5	22.9
He crecido mucho <i>He crecido mucho</i>	14.6	15.3	38.2	17.4	14.6

Nota. 1= totalmente en desacuerdo, 2=algo en desacuerdo, 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= algo de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo

La mayoría de los estudiantes dijeron que se adherían a las recomendaciones del gobierno. el 69% estuvo de acuerdo en que "siguió cuidadosamente todas las recomendaciones del gobierno" y el 69% dijo que evitó salir de su casa. el 80% dijo que se lavaba las manos con más frecuencia (el 4% se mostró en desacuerdo) y el 83% declaró que utilizaba una mascarilla en el exterior (el 6% se mostró en desacuerdo). En cuanto al impacto percibido de COVID-19 en sus vidas, el 65% de los estudiantes respaldó la afirmación extrema "ahora con COVID-19, todo es totalmente diferente" Y sólo el 11% está en desacuerdo. Alrededor de la mitad (52%) de los estudiantes dijo que COVID-19 tuvo un gran impacto en su vida (8% no estuvo de acuerdo). En cuanto a la connotación emocional del impacto, el 27% de los estudiantes declaró que lo "odiaba" (el 41% estaba en desacuerdo) y, curiosamente, el 10% declaró que lo "amaba" (el 57% estaba en desacuerdo).

Nuestros indicadores de angustia psicológica en respuesta a la pandemia detectaron signos de ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Descubrimos que el 66% de los estudiantes declaró tener más estrés y ansiedad, el 58% más problemas de concentración y el 54% experimentó cambios en sus ciclos de sueño. el 44% de los estudiantes declararon un aumento de los sentimientos de tristeza, el 38% de los sentimientos de soledad y el 40% de los sentimientos de desesperanza o impotencia. Los estudiantes informaron de cambios en los comportamientos de salud en cuanto al uso de sustancias, la dieta y el ejercicio. el 10% de los estudiantes declaró haber bebido más (el 83% estuvo en desacuerdo) y el 4% consumió más marihuana (el 91% estuvo en desacuerdo). el 21% de los estudiantes declaró que comía más sano (el 39% no estaba de acuerdo) y el 22% declaró que hacía más ejercicio (el 63% no estaba de acuerdo).

Las relaciones sociales de los estudiantes se vieron alteradas. el 50% señaló un impacto negativo en su vida social (el 20% no estuvo de acuerdo) y el 55% dijo sentirse más aislado (el 31% no estuvo de acuerdo). el 69% señaló que echaba de menos compartir actividades con personas (el 15% no estaba de acuerdo) y para el 52% de los estudiantes, el contacto virtual no era suficiente (el 29% no estaba de acuerdo).

Los estudiantes transmitieron que tenían dificultades por el cierre de las clases presenciales. La mayoría de los estudiantes (67%) declararon que echaban de menos ir a clase y sólo el 19% se mostró en desacuerdo. el 60% informó que la enseñanza virtual tuvo un efecto negativo en su aprendizaje (38% estuvo en desacuerdo), el 49% informó que estaba menos motivado para hacer el trabajo en clase (33% estuvo en desacuerdo) y el 24% informó que estaba menos motivado para terminar su programa de estudios en la universidad (62% estuvo en desacuerdo).

No todos los estudiantes disfrutaban de las actividades que implican una pantalla. al 59% le gustan los ordenadores y las pantallas (el 20% no está de acuerdo), al 35% los videojuegos y al 39% las actividades virtuales. El visionado de series y películas fue muy popular, ya que el 80% de los estudiantes afirmaron que lo disfrutaban.

Algunos estudiantes informaron de un crecimiento positivo, especialmente el 69% de los estudiantes estuvieron de acuerdo en que ahora estaban más agradecidos por lo que tienen

y sólo el 8% estuvo en desacuerdo. el 44% dijo que aprovechaba el hecho de tener más tiempo, pero el 23% se mostró en desacuerdo con la afirmación. el 22% dijo que había crecido mucho (el 29% no estaba de acuerdo) y el 34% dijo que era más amable con los demás (el 26% no estaba de acuerdo).

Los estudiantes estaban preocupados por el impacto negativo de la COVID-19 en materia financiera y económica. el 39% está ahora más preocupado por sus propias finanzas (37% en desacuerdo), el 54% está más preocupado por el desempleo (30% en desacuerdo) y el 69% está ahora más preocupado por toda su carrera (12% en desacuerdo). el 71% está preocupado por el futuro de la economía y sólo el 6% dice estar en desacuerdo. Por sectores, el 47% se muestra preocupado por la industria y las empresas (18% en desacuerdo) y el 65% por el sistema social (10% en desacuerdo).

Dimensiones e interrelaciones

A continuación, se comprobó la fiabilidad de las categorías de ítems para crear puntuaciones de escala e investigar las interrelaciones entre los factores. Los coeficientes de fiabilidad fueron aceptables para la salud mental ($\alpha=0,86$; 8 ítems), los beneficios positivos ($\alpha=0,74$; 4 ítems), la adhesión a las recomendaciones ($\alpha=0,73$; 4 ítems), las preocupaciones socioeconómicas generales ($\alpha=0,76$; 3 ítems) y el impacto del cierre de escuelas ($\alpha=0,80$; 4 ítems). Para la escala de afinidad con las pantallas, eliminamos el ítem que valoraba las películas y las series porque la actividad era pasiva y mejoraba la estadística ($\alpha=0,71$; 3 ítems). La fiabilidad cayó por debajo de 0,7 para la escala de preocupaciones personales sobre las finanzas y el empleo ($\alpha=0,62$), pero sólo estaba representada por tres ítems y se conservó en los análisis posteriores. La dieta y el ejercicio se promediaron para crear una escala de 2 ítems (correlación entre ítems $r=0,410$, $p<0,001$) al igual que el consumo de cannabis y alcohol ($r=0,516$, $p<0,001$) porque estas dos categorías de salud no estaban correlacionadas. El sesgo y la curtosis de todas las escalas cayeron por debajo del valor absoluto de uno, excepto los cambios en el consumo de sustancias, pero se mantuvo una normalidad aceptable (sesgo=2,28, curtosis 5,11). Se calcularon las correlaciones de dos colas entre las 10 escalas (tabla 2).

Cuadro 2

Correlaciones entre las escalas del cuestionario COVID-19

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Salud mental	1	0.230**	-0.156	0.425**	0.447**	0.245**	-0.022	-0.149	0.053	-0.018	-0.102	-0.117
2. Consumo de sustancias	0.230**	1	0.064	0.047	0.096	0.191*	0.102	-0.067	0.292**	0.053	0.138	0.109
3. Dieta y ejercicio	-0.156	0.064	1	0.091	-0.144	-0.014	-0.066	0.312**	-0.165*	-0.112	0.189*	-0.135
4. Angustia social	0.425**	0.047	0.091	1	0.319**	0.111	0.007	-0.096	-0.031	-0.189*	0.172*	-0.051
5. Cierre de escuelas	0.447**	0.096	-0.144	0.319**	1	0.230**	-0.077	-0.212*	0.154	-0.020	-0.078	-0.040
6. Socioeconómico personal	0.245**	0.191*	-0.014	0.111	0.230**	1	0.290**	0.174*	0.207*	0.147	0.004	-0.036

7. Socioeconómico general	-0.022	0.102	-0.066	0.007	-0.077	0.290**	1	0.171*	0.064	-0.024	0.108	0.068
8. Beneficios positivos	-0.149	-0.067	0.312**	-0.096	-0.212*	0.174*	0.171*	1	0.103	-0.045	0.148	-0.153
9. Recomendaciones	0.053	0.292**	-0.165*	-0.031	0.154	0.207*	0.064	0.103	1	0.087	-0.030	-0.176*
10. Valoración virtual	-0.018	0.053	-0.112	-0.189*	-0.020	0.147	-0.024	-0.045	0.087	1	-0.073	0.344**
11. Edad	-0.102	0.138	0.189*	-0.172*	-0.078	0.004	0.108	0.148	-0.030	-0.073	1	-0.029
12. Género	-0.117	0.109	-0.135	-0.051	-0.040	-0.036	0.068	-0.153	-0.176*	0.344**	-0.029	1

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Para destacar algunos de estos resultados, la angustia psicológica se correlacionó con la preocupación por la situación socioeconómica personal, así como con el aumento del consumo de sustancias, la angustia social y el impacto negativo del cierre de escuelas. Los que experimentaron impactos sociales negativos también se vieron afectados negativamente por el entorno de aprendizaje, tendían a valorar negativamente las actividades virtuales y eran de menor edad. La mayor angustia por el cierre de escuelas también estaba relacionada con la preocupación por el estatus socioeconómico personal y con un menor índice de aprobación de los beneficios positivos. Las personas que respaldaron los beneficios positivos adoptaron una dieta más sana y regímenes de ejercicio, pero se mostraron más preocupadas por los problemas socioeconómicos personales y sociales. Las preocupaciones personales y socioeconómicas generales estaban interrelacionadas, pero las personales estaban más relacionadas con otros determinantes. Obsérvese que los beneficios positivos no tenían relación con la salud mental. Los que siguieron las recomendaciones tenían menos riesgo de aumentar el consumo de sustancias, pero tendían a no estar de acuerdo con que su dieta y su ejercicio habían mejorado. Los que siguieron las recomendaciones estaban más preocupados por su propio empleo y solían ser mujeres.

Análisis de regresión

Se realizó un análisis de regresión múltiple jerárquica en el que se utilizó el malestar psicológico como resultado. Los análisis de correlación revelaron cuatro factores que estaban significativamente correlacionados con el malestar psicológico: el consumo de sustancias, el malestar por el cierre de la escuela, el malestar social y las preocupaciones socioeconómicas personales. Se introdujeron como predictores en la regresión. Los análisis de correlación mostraron que los otros factores no estaban correlacionados con el malestar psicológico, pero estos factores estaban correlacionados entre sí y con los predictores. Por ejemplo, la edad no estaba correlacionada con el malestar psicológico, pero sí con el malestar social. Por lo tanto, tras observar que factores como la edad podían actuar como factores de confusión, decidimos introducirlos como controles. Los cuatro predictores fueron determinantes significativos del malestar psicológico independientemente de los controles. El modelo explicó el 41% de la varianza del malestar psicológico (R^2). Curiosamente, la dieta y el ejercicio parecen estar significativamente relacionados con la salud mental, pero sólo en el segundo paso de la regresión. Obsérvese que el primer paso de la regresión, que incluía variables de control, no alcanzó la significación estadística (cuadro 3).

Cuadro 3

Determinantes del malestar psicológico: Regresión múltiple jerárquica

Paso		B	SE	β	t	p	F(df), p
1	Constante	4.532	0.920		4.928	0.000	$F(7,140)=1,425, p=0,200$
	Edad	-0.014	0.024	-0.051	-0.586	0.559	
	Sexo	-0.351	0.222	-0.148	-1.580	0.117	
	Socioeconómico general	0.015	0.109	0.012	0.138	0.891	
	Recomendaciones	0.067	0.127	0.047	0.528	0.598	
	Beneficios positivos	-0.122	0.109	-0.103	-1.117	0.266	
	Dieta y ejercicio	-0.143	0.088	-0.152	-1.622	0.107	
	Valoración virtual	-0.030	0.096	-0.029	-0.315	0.753	
2	Constante	1.001	0.862		1.162	0.248	$F(11,140)=8,293, p<0,001$
	Edad	-0.001	0.020	-0.002	-0.031	0.976	
	Sexo	-0.287	0.180	-0.121	-1.597	0.113	
	Socioeconómico general	-0.062	0.092	-0.049	-0.674	0.502	
	Recomendaciones	0.093	0.111	0.066	0.843	0.401	
	Beneficios positivos	-0.013	0.091	-0.011	-0.140	0.889	
	Dieta y ejercicio	-0.182	0.072	-0.194	-2.515	0.013	
	Valoración virtual	-0.005	0.080	-0.005	-0.067	0.946	
	Cierre de escuelas	0.242	0.075	0.249	3.225	0.002	
	Socioeconómico personal	0.162	0.083	0.151	1.946	0.054	
	Angustia social	0.375	0.084	0.338	4.479	0.000	
	Consumo de sustancias	0.295	0.101	0.220	2.918	0.004	

Discusión***Angustia entre los estudiantes universitarios***

Mientras que el COVID-19 se extiende por todo el mundo, Uruguay es una excepción epidemiológica con bajas tasas de infección y muerte. Sin embargo, encontramos una alta prevalencia de malestar psicológico entre los jóvenes. Entre el 38 y el 66% de los estudiantes han experimentado un aumento del estrés, la ansiedad, la dificultad para concentrarse, la tristeza, la soledad, la desesperanza, la impotencia o los problemas de sueño. Desgraciadamente, este retroceso en la salud mental converge con un creciente cuerpo de literatura de alcance (por ejemplo, Solomou & Constantinidou, 2020). Es necesario normalizar la angustia mental en respuesta a la pandemia y las políticas deben proporcionar atención a los estudiantes que sufren (Holmes et al., 2020). Por ejemplo, podríamos administrar pruebas de detección de abuso de sustancias, ansiedad y depresión para identificar a los estudiantes en riesgo y dirigirlos a los servicios de salud mental disponibles. Los grupos de apoyo o terapia centrados en COVID-19 pueden ser eficaces y tienen la ventaja añadida de fomentar los vínculos sociales (Marmarosh et al., 2020). Con la normativa actual en Uruguay, estos pueden hacerse en línea o en persona y los proveedores de servicios de salud generalmente cubren la atención psicológica.

Descubrimos que los daños psicológicos colaterales entre los estudiantes uruguayos se debían principalmente a cuatro factores, como el cierre de escuelas, la angustia social y las preocupaciones personales por la recesión económica. El aumento del consumo de sustancias fue el cuarto factor asociado al malestar psicológico y al menos uno de cada diez

estudiantes declaró haber consumido más alcohol o cannabis. La investigación sobre los cambios relacionados con la pandemia en los niveles de consumo de sustancias es inconsistente. Por ejemplo, algunos descubrieron que el consumo nocivo de alcohol disminuyó probablemente porque los estudiantes no podían salir a bares o fiestas (Callinan et al., 2020), pero otros informaron de que el consumo de sustancias aumentó porque la gente recurría a ellas para hacer frente al aburrimiento, la soledad y la angustia (Vanderbruggen et al., 2020). Incluso si pudiéramos encontrar una disminución neta en la prevalencia del uso de sustancias debido a los cierres, aquellos que están afrontando el afecto negativo por medio del uso de sustancias son los que tienen más riesgo de abuso (Kuntsche et al., 2005). La otra conducta de salud que medimos fue la dieta y el ejercicio, que no se correlacionó con el consumo de sustancias ni con el malestar psicológico. Sin embargo, cuando realizamos el análisis de regresión, la escala de dieta y ejercicio apareció como un predictor significativo en el segundo paso, lo que sugiere que la relación entre estos factores y el malestar psicológico podría ser compleja o condicional. Sería conveniente investigar más sobre estas interrelaciones por las implicaciones que podrían tener para las políticas públicas y la comunicación.

El malestar social fue el factor que más se relacionó con el malestar psicológico. La mayoría de los estudiantes declararon que su vida social había disminuido, que se sentían aislados y que echaban de menos hacer actividades con la gente. Estos cambios en la dinámica social se observan en todo el mundo, con una disminución de las actividades compartidas y un aumento de los sentimientos de aislamiento (por ejemplo, Ammar et al., 2020). Las soluciones tecnológicas se han convertido en el nuevo "oxígeno" del contacto social (Venkatesh, 2020), pero no todas las personas lo consideran aceptable. Para la mayoría de los estudiantes, las plataformas virtuales no eran suficientes para satisfacer sus necesidades sociales. Además, uno de cada cinco estudiantes declaró que simplemente no le gustaban los ordenadores y las pantallas, lo que en el contexto se convierte en un verdadero problema. Descubrimos que los que disfrutaban de los mundos virtuales eran con más frecuencia hombres y experimentaban menos angustia social. Dado que somos los primeros, hasta donde sabemos, en investigar la aversión a los mundos virtuales como predictor de la angustia social, se podrían realizar más investigaciones sobre el tema.

En otro cambio virtual, se suspendieron las clases presenciales en la universidad y se sustituyeron por clases en línea. Uno podría pensar que los estudiantes prefieren aprender desde la comodidad de su casa y preguntarse si el aprendizaje virtual ha llegado para quedarse, pero descubrimos que siete de cada diez estudiantes querían volver a clase. Lo más importante es que los estudiantes informaron de que su aprendizaje se vio afectado negativamente por el cambio. Tenían problemas para mantener la motivación y la concentración en el trabajo escolar. Esto coincide con los hallazgos sobre el impacto negativo de la pandemia en el aprendizaje de los estudiantes universitarios (Kecojevic et al., 2020). Los profesores deben ser conscientes de las repercusiones negativas e intentar que las clases sean más atractivas. Otra línea de investigación interesante podría investigar el impacto negativo de las plataformas virtuales en los niveles de motivación o bienestar de los profesores.

Aunque la mayoría de los estudiantes estaban preocupados por el bienestar socioeconómico general (economía, sistema social, industrias), sólo cuando estas cuestiones

se convirtieron en personales tuvieron un impacto negativo en la salud mental. Alrededor del 70% de los estudiantes estaban ahora más preocupados por toda su carrera y cerca de la mitad estaban preocupados por sus finanzas y su empleo. Los estudios sugieren que los jóvenes tienen ahora la sensación de que es imposible planificar el futuro y muchos están considerando caminos alternativos a la luz de los acontecimientos actuales (American Psychological Association, 2020). Los investigadores han descubierto que los problemas financieros inducidos por la COVID-19 hacen que la población sea vulnerable a la angustia psicológica (e.g. Kecojevic et al., 2020). El impacto socioeconómico negativo de la COVID-19 en la vida de los jóvenes debe ser focalizado al considerar el daño causado por la pandemia y al redactar la política (VanderWeele, 2020).

El sexo, la edad, las preocupaciones económicas generales, la búsqueda de beneficios positivos, la dieta y el ejercicio, y la valoración de las actividades virtuales por parte del estudiante no estaban correlacionados con el malestar psicológico, pero sí lo estaban en algunos casos. Esta lista de factores podría apuntar a algunos callejones sin salida en cuanto a la atención de la salud mental o a relaciones condicionales más complejas que merecen una investigación más profunda. Por ejemplo, no encontramos ninguna relación entre las angustias psicológicas y el hallazgo de prestaciones. La psicología positiva sugiere que el malestar de la salud mental debe ser frenado por los sentimientos de gratitud, el crecimiento positivo y los actos de amabilidad interpersonal. Sin embargo, tras la pandemia, el término "positividad tóxica" está ganando popularidad y se refiere a la negación o minimización de las respuestas comprensibles a los acontecimientos negativos reales (Chiu, 2020; Kecojevic et al., 2020). Encontramos que el hallazgo de beneficios positivos estaba relacionado con la mejora de la dieta y el ejercicio, así como con un menor impacto negativo del cierre de escuelas, pero también con una mayor preocupación por cuestiones económicas personales y sociales. Un estudio descubrió que la gratitud no estaba relacionada con el malestar psicológico, pero que la gratitud disminuía el impacto negativo de la pandemia en los resultados académicos (Bono et al., 2020). Sería beneficioso realizar más investigaciones sobre la eficacia o el daño potencial de las comunicaciones públicas que fomentan las técnicas de psicología positiva como mecanismos de afrontamiento en el contexto de la pandemia.

Como nota positiva, la mayoría de los estudiantes se adhieren a las normas y recomendaciones del gobierno sin que éstas sean aplicadas por la ley. Los estudiantes no informaron de un alto nivel de vulnerabilidad en términos de condiciones preexistentes o contacto con personas infectadas. Para algunos estudiantes, el COVID-19 tuvo un impacto más positivo que negativo. De hecho, uno de cada diez estudiantes "amó" el impacto que COVID-19 tuvo en sus vidas. el 38% de los estudiantes no informó de efectos negativos en su aprendizaje, el 19% no quiso volver a clase y el 29% dijo que el contacto virtual era suficiente para sus necesidades sociales. Aproximadamente uno de cada cinco comía de forma más saludable o hacía más ejercicio, y uno de cada tres afirmaba tener un crecimiento personal positivo, una mayor amabilidad o beneficiarse de tener más tiempo libre. Descubrimos que un impresionante 69% de los estudiantes estaban ahora más agradecidos por lo que tenían. Puede que los estudiantes se sientan agradecidos porque se dan cuenta de que a Uruguay le va relativamente bien o puede que la gente se sienta más agradecida en todo el mundo debido a un nuevo aprecio por actividades básicas que antes se daban por sentadas (por ejemplo, sentarse al aire libre). Sin embargo, aunque algunos estudiantes hayan experimentado beneficios o poco daño psicológico, necesitamos principalmente ajustar la

política para atender a la gran proporción de estudiantes que están sufriendo en varios niveles psicosociales en respuesta a la tragedia global.

Limitaciones

Este estudio estaba limitado por el diseño transversal y las medidas de autoinforme. Preguntamos a los estudiantes si seguían la normativa gubernamental, pero no evaluamos el conocimiento de la misma. El periodo de recogida de datos abarcó una época en la que la normativa gubernamental estaba cambiando, lo que creó una heterogeneidad contextual. Creamos un cuestionario específicamente para los fines de este estudio y verificamos algunas propiedades psicométricas, pero convendría hacer más validaciones y ajustes.

Conclusiones e implicaciones

Las recomendaciones y normativas gubernamentales han sido eficaces para reducir la propagación COVID-19 y el número de muertes, especialmente entre las poblaciones de edad avanzada. Estas recomendaciones pueden contribuir a mantener la seguridad física de las personas, pero tienen un coste. Nos centramos en los daños colaterales entre los estudiantes universitarios en términos de bienestar social, psicológico, económico y académico. Descubrimos que los estudiantes universitarios eran una población vulnerable en estos aspectos. Los investigadores deberían centrarse de inmediato en los estragos que el COVID-19 ha causado en la salud mental y los responsables políticos deberían tomar medidas para proteger a las poblaciones estudiantiles con vulnerabilidades psicosociales.

Conflicto de intereses: Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Referencias

- American Psychological Association. (2020). Stress in America™ 2020: A National Mental Health Crisis. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2020/report-october>
- Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Mueller, P., Mueller, N., Hsouna, H., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., ... on behalf of the ECLB-COVID19 Consortium. (2020). COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6237. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176237>
- Bono, G., Reil, K., & Hescox, J. (2020). Stress and wellbeing in urban college students in the U.S. during the COVID-19 pandemic: Can grit and gratitude help? *International Journal of Wellbeing*, 10(3), Article 3. <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/1331>
- Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D., & Kuntsche, E. (2020). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: Early indications from Australia. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15275>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Chiu, A. (2020, August 19). Time to ditch 'toxic positivity,' experts say: 'It's okay not to be okay.' *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/lifestyle/wellness/toxic-positivity-mental-health-covid/2020/08/19/5dff8d16-e0c8-11ea-8181-606e603bb1c4_story.html
- Herrero, A. (2020, April 15). El desafío del gobierno entre el mensaje de quedarse en casa y la gente que empieza a salir. *El Observador*. <https://www.elobservador.com.uy/nota/el-desafio-del-gobierno-entre-el-mensaje-de-quedarse-en-casa-y-la-gente-que-empieza-a-salir-202041421110>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Keckojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M., & Davi, N. K. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-

- sectional study. PLOS ONE, 15(9), e0239696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239696>
- Knell, G., Robertson, M. C., Dooley, E. E., Burford, K., & Mendez, K. S. (2020). Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent “Stay-at-Home” Orders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6268. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176268>
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.002>
- Marmarosh, C., Forsyth, D., Strauss, B., & Burlingame, G. (2020). The Psychology of the COVID-19 Pandemic: A Group-Level Perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 122–138. <https://doi.org/10.1037/gdn0000142>
- Omori, R., Matsuyama, R., & Nakata, Y. (2020). The age distribution of mortality from novel coronavirus disease (COVID-19) suggests no large difference of susceptibility by age. *Scientific Reports*, 10(1), 16642. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73777-8>
- Prasad Singh, J., Sewda, A., & Shiv, D. G. (2020). Assessing the Knowledge, Attitude and Practices of Students Regarding the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Management*, 22(2), 281–290. <https://doi.org/10.1177/0972063420935669>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Solomou, I., & Constantinidou, F. (2020). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 4924. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144924>
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Laere, S. V., Zeeuws, D., Santermans, L., Ameele, S. V. den, & Crunelle, C. L. (2020). Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *European Addiction Research*, 26(6), 309–315. <https://doi.org/10.1159/000510822>
- VanderWeele, T. J. (2020). Challenges Estimating Total Lives Lost in COVID-19 Decisions: Consideration of Mortality Related to Unemployment, Social Isolation, and Depression. *JAMA*, 324(5), 445. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12187>
- Venkatesh, V. (2020). Impacts of COVID-19: A research agenda to support people in their fight. *International Journal of Information Management*, 55, 102197. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102197>
- World Health Organization. (2020, October 21). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int>

Fecha de recepción: 23/10/2021
Fecha de revisión: 29/01/2022
Fecha de aceptación: 19/09/2022

Cómo citar este artículo:

Burguillos, A.I. (2022). Características sociodemográficas y síntomas psicopatológicos de pacientes atendidos por psicología clínica en atención primaria. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 183-200. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.1143.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS DE PACIENTES ATENDIDOS POR
PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA:
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Ana Isabel Burguillos Peña

Psicología (España)

anaisabel.burguillos@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-6532-9048>

Resumen. El objetivo del estudio consiste en evaluar los aspectos formales de la intervención psicológica y las características sociodemográficas de los pacientes derivados. Metodología. Estudio descriptivo de pacientes derivados por su médico de atención primaria a Psicología Clínica por considerar la presencia de síntomas psicopatológicos. La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevista clínica, un cuestionario para variables sociodemográficas y aspectos clínicos ad hoc, y el cuestionario de salud general GHQ-28. La población atendida fueron 123 pacientes, habiendo un total de 95 mujeres. Resultados. El motivo de derivación más común fueron situaciones vitales que descompensaron su estado psicológico (51,2%). Un total de 29,3% de pacientes acudían a Psicología Clínica con tratamiento psicofarmacológico prescrito por su médico de atención primaria. El rango de sesiones osciló entre 1 y 12, siendo la media de la muestra de dos. La intervención por Psicología Clínica favorece que durante una media de 2,3 sesiones se produjesen un 30,9% de altas por mejoría y un 13,8% siguen en seguimiento, siendo relevante que sólo un 8,9% de pacientes fuese derivado al segundo nivel de atención especializada, reduciendo así la carga asistencial en éste. El 21,1% de los pacientes mostraban síntomas psicopatológicos de forma aguda (último mes) y un 30,1% de manera crónica. Estos últimos datos sólo fueron estadísticamente significativos en relación con los antecedentes en salud mental, a la toma de psicofármacos y a la evolución durante la intervención. Discusión. La intervención psicológica en pocas sesiones proporciona un mejor ajuste psicológico y evita la cronificación de la psicopatología.

Palabras Clave: Psicología Clínica; Atención Primaria; Salud Mental

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS OF PATIENTS ATTENDED BY CLINICAL PSYCHOLOGY IN PRIMARY CARE: A DESCRIPTIVE STUDY

Abstract. The objective of the study is to evaluate the sociodemographic characteristics and the psychopathological symptomatology, the formal aspects of the psychological intervention and the sociodemographic characteristics of the referred patients. **Methodology.** Descriptive study of patients referred by their primary care physician to Clinical Psychology for considering the presence of psychopathological symptoms. Information was collected through a clinical interview, a questionnaire for sociodemographic variables and ad hoc clinical aspects, and the GHQ-28 general health questionnaire. The population served was 123 patients, with a total of 95 women. **Results.** The most common reason for referral was vital situations that decompensated their psychological state (51.2%). A total of 29.3% of patients attended Clinical Psychology with psychopharmacological treatment prescribed by their primary care physician. The range of sessions ranged between 1 and 12, with the mean of the sample being two. The mean number of sessions was 2.33. The intervention by Clinical Psychology favors that during an average of 2.3 sessions there were 30.9% discharges due to improvement and 13.8% are still in follow-up, being relevant that only 8.9% of patients were referred to the second level of specialized care, thus reducing the care burden on it. 21.1% of the patients showed acute psychopathological symptoms (last month) and 30.1% chronically. These last data were only statistically significant in relation to the mental health history, the taking of psychotropic drugs and the evolution during the intervention. **Discussion.** Psychological intervention in a few sessions provides a better psychological adjustment and prevents the chronification of psychopathology.

Keywords: Clinical Psychology; Primary Care; Mental Health

Introducción

El Consejo General de Psicología Clínica muestran una prevalencia de en torno a un 25-55% de consultas relacionadas con algún trastorno mental en Atención Primaria (AP), siendo un 80% de gravedad leve a moderados, en forma de ansiedad o estados depresivos. Desde AP se deriva en torno a un 10% a la atención especializada, recayendo el porcentaje restante sobre los médicos de atención primaria (MAP) (Prado-Abril, 2016).

Esta situación ha generado un planteamiento en el que en la atención especializada (AE) ha recaído preferentemente la atención a pacientes con patologías de salud mental de moderadas a graves, quedando el resto, un gran volumen de pacientes con sintomatología leve, sobresaturando al personal de atención primaria. Esto supone que, para dar una respuesta rápida y eficaz a la población, atendiendo a los criterios sanitarios y siguiendo las guías de práctica clínica, los MAP necesitan recurrir a los fármacos, suponiendo más gasto para el sistema sanitario y cronificando la patología, sin ofrecer la posibilidad previamente de una intervención psicológica especializada (WHO, WONCA, 2008).

Las unidades de salud mental podrían correr el riesgo de estar cada vez más saturadas, si no se establecen criterios claros de derivación a un segundo nivel. La figura del Psicólogo Clínico en Atención Primaria podría reducir dicha saturación asumiendo a pacientes con sintomatología afectiva leve o moderada que hasta ahora ha sido asumido por el MAP o bien derivados al segundo nivel.

La sobresaturación de las unidades de salud mental ha desembocado en la optimización de los recursos y en plantear la inclusión del psicólogo clínico en AP (Consejo General de Psicología Clínica, 2017). También es relevante la necesidad de mantener una coordinación de ambos niveles, AP y atención especializada con el objetivo de analizar las derivaciones o de afianzar el seguimiento especializado y evitar de esta

manera que el paciente vuelva a AP sin la resolución del cuadro (Gálvez-Llompart et al., 2021). Cabe mencionar que las deficiencias organizativas y funcionales del Sistema Nacional de Salud, dificultan en parte la cooperación entre los diferentes niveles de atención sanitaria, ocasionando problemas en el equilibrio de la carga asistencial entre dispositivos (Moreno y Moriana, 2012).

A nivel internacional y nacional se está llevando a cabo cada vez más la implantación de programas de coordinación entre las unidades de salud mental y la AP para la intervención con personas con un trastorno mental. En el Reino Unido se puso en marcha el programa “Improving Acces to Psychological Therapies” incorporando a psicólogos clínicos en los servicios de AP, mostrando unos resultados de recuperación a largo plazo del 50,9-66,6% (Community & Mental Health team, NHS, 2017).

A nivel nacional encontramos el estudio pionero de Cano Vindel con el proyecto PsiCAP en el que se analiza la implantación de la atención psicológica en AP, mostrando que el tratamiento psicológico se muestra hasta tres veces más eficaz que el tratamiento habitual en AP (farmacológico, atención por el MAP) para trastornos de ansiedad, depresión y somatización (Plataforma APPI. PsiCAP, 2017).

Cada vez son más los centros de atención primaria que en coordinación con las unidades de salud mental están estableciendo un proyecto de inclusión de la psicología clínica en la AP, tal y como se aprecia en la evidencia recogida en este apartado. Los proyectos que se han estado desarrollando han favorecido resultados positivos en cuanto a la eficacia de la intervención psicológica temprana en atención primaria, evitando así el colapso de las unidades de salud mental, la cronificación de los trastornos, o la sobremedicalización del paciente con una psicopatología leve o moderada (Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Alonso et al., 2019).

La AP soporta más del 50% de la carga asistencial que suponen los trastornos mentales, siendo los más comunes los relacionados con ansiedad, depresión y somatizaciones (49,2%). Dos de cada tres pacientes son atendidos por el médico de AP, generalmente con fármacos, con una tasa baja de remisión y frecuentes recaídas. En la iniciativa británica se apreció una mayor eficacia de la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales realizadas por el Psicólogo Clínico en AP, siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (Infocop, 2019).

La intervención psicológica en AP mediante activación conductual o intervenciones cognitiva-conductuales para la depresión producían mejoras de la sintomatología, tenían efectos más duraderos que con los psicofármacos y eran mejor considerados por los pacientes (Cuijpers, Quero, Dowrick y Arroll, 2019).

La inclusión de la atención psicológica especializada en AP supone un acto de prevención cuaternaria, limitando la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. De esta manera, no se convierte todo sufrimiento humano en una patología, teniendo el psicólogo clínico el papel de señalar las estrategias de afrontamiento funcionales o reforzar ciertos comportamientos (Alonso et al., 2019).

En el estudio de Retolaza se llevó a cabo un análisis de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en AP mediante el uso de cuestionarios como el de Salud General GHQ-28 de Goldberg y el Examen del Estado Actual (PSE) a una muestra de unos 500

pacientes, poniendo de manifiesto las limitaciones diagnósticas en AP y concluyendo la necesidad de establecer un conjunto de medidas estandarizadas que se empleen como forma de medir la psicopatología en AP (Retolaza, Márquez y Ballesteros, 1995). Muchos son los estudios que ponen de manifiesto los trastornos más prevalentes atendidos en AP, siendo uno de los más frecuentes la depresión. Un metaanálisis realizado de 41 estudios de diferentes países pone de relieve que la prevalencia de la depresión en AP era de 19,5% (Retolaza, 1993).

Los desórdenes emocionales engloban los dos tercios de diagnósticos de trastornos mentales más frecuentes atendidos en AP y en los que existe una asociación entre estrés y emocionalidad negativa. El tratamiento más habitual es el farmacológico, no adecuado a la sintomatología de carácter leve o ajustado a los criterios de las guías de práctica clínica, siendo mayores las recaídas y la tendencia a cronificarse (Cano Vindel, 2011a; 2011b). En Villalva y Caballero (2006) se recoge que el tratamiento antidepressivo en AP se comienza en el 76% de los casos, derivando el resto a Salud Mental; el 32% de los pacientes abandonan el tratamiento antes de la recuperación, siendo la causa más citada de abandono (88%) la percepción del paciente de no necesitar continuar con el tratamiento.

Es indicativo que pacientes con depresión se pueden convertir en visitantes frecuentes de los centros de salud, aquejados de diferentes patologías, somatizaciones o una diversidad de síntomas inespecíficos, que, siendo evaluados correctamente, entrarían en la categoría de trastorno depresivo, y por tanto requerirían una atención especializada (Dowrick, Bellón y Gómez, 2000; Mitchell, Vaze y Rao, 2009; Cano-Vindel et al., 2012).

Se están recogiendo en España varias experiencias sobre las características de la población que es derivada a Psicología Clínica dentro de los centros de salud. Los diagnósticos más relevantes han sido los trastornos depresivos, los de ansiedad, adaptativos y códigos Z (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud). Se emplean medidas estandarizadas para evaluar la eficacia de la intervención, recogiendo mejoras en una media de tres sesiones, apreciándose por tanto una eficacia en la aplicación integral del modelo biopsicosocial al incluir al psicólogo clínico en la AP (Gutiérrez-López, 2020; Sánchez-Reales, 2015).

La Atención Primaria (AP) es el primer nivel del sistema sanitario al que acceden las personas con diversas quejas psicológicas y/o somáticas. Es el personal que representa esta institución los que deben dar la respuesta a dicho malestar, bien asumiendo ellos el cuidado de la persona o conociendo los diferentes servicios a los que derivar para un cuidado más especializado. Se realiza una función de coordinación con los servicios de atención especializada y con otros servicios para dar respuesta a los problemas que plantea la población. Ejercen una función vertebradora en la institución sanitaria, siendo responsables de una supervisión y continuidad integral de cuidados a la población bajo el paradigma del modelo biopsicosocial.

En el presente estudio se exponen los primeros resultados obtenidos por la autora del mismo durante la rotación por un Centro de Atención Primaria durante la Formación PIR (Psicólogo Interno Residente). En el centro de salud donde ha tenido lugar esta experiencia trabajan una veintena de médicos y otra de enfermeros, trabajador social, personal auxiliar y administrativo, celadores, personal de limpieza y servicios. Durante el

primer mes de rotación la residente contemplaba la relación médico-paciente, conociendo el proceso de la enfermedad y su abordaje desde la atención primaria. Una vez finalizada la rotación se continuó la atención psicológica durante el período de “atención continuada” de la formación dos tardes a la semana, atendiendo un total de ocho pacientes a la semana. Por lo tanto, el período de recolección de datos fue de unos 15 meses, situados entre el último trimestre de 2019 hasta diciembre de 2021.

La intervención psicológica que se ha llevado a cabo con los pacientes ha seguido el paradigma cognitivo-conductual, con técnicas cognitivas como medio de identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas más frecuentes en los trastornos tratados, y técnicas conductuales para mejorar el afrontamiento de los síntomas y la capacidad de adaptación a los mismos. En general se ha iniciado el proceso terapéutico siempre con herramientas psicoeducativas y de reducción de la activación fisiológica, para con menos niveles de ansiedad o disforia, se pudieran introducir técnicas cognitivas o conductuales para el manejo de la sintomatología. En todos los casos, en la primera consulta, una vez expuesto el motivo de preocupación se devolvía un análisis funcional con hipótesis sobre la sintomatología y a raíz de ahí conectar con la psicoeducación. La intervención tenía un límite de unas ocho sesiones, pudiendo en casos concretos alcanzar más.

Método

Objetivos

El objetivo principal del estudio es describir la muestra de pacientes que es derivada por los médicos de atención primaria a Psicología Clínica, de forma pionera en Huelva capital y provincia, para valorar las características sociodemográficas, el estado de salud y el tipo de patología mental más prevalente en Atención Primaria. Los objetivos específicos que se proponen en este estudio son los siguientes:

- Estudiar los motivos de derivación desde el médico de atención primaria a Psicología Clínica en el centro de salud.
- Analizar el número de pacientes que se derivan a Psicología Clínica.
- Valorar el número de pacientes que son derivados a Psicología Clínica y que se encuentran previamente medicados con psicofármacos.
- Estudiar las características sociodemográficas de los pacientes que son derivados a Psicología Clínica.
- Comprobar el estado de salud general previa a la intervención psicológica en el centro de salud.
- Analizar el número de sesiones de intervención psicológica necesarias para finalizar un tratamiento con éxito.
- Valorar el seguimiento de los pacientes derivados y estudiar el número de altas por mejoría clínica y el número de abandonos.

Las hipótesis que se plantean en este estudio son las siguientes:

- El número de derivaciones de pacientes con síntomas psicopatológicos a un segundo nivel de atención especializada (USMC) se reducirán con la intervención del Psicólogo Clínico en atención primaria.
- Los pacientes derivados por los médicos de atención primaria a Psicología Clínica en el centro de salud tendrán un diagnóstico psicopatológico de carácter afectivo y de gravedad leve y/o moderada.

- Los pacientes necesitarán un promedio de ocho sesiones para darles el alta en Psicología Clínica.

Diseño y Procedimiento

La intervención de Psicología Clínica se inició con una sesión de información hacia el equipo médico, consensuando y estableciendo los criterios de derivación hacia la PIR. Se canalizaban las derivaciones de los profesionales a través del MAP tutor de la rotación. Aún así, en casos más complejos se procedía a una reunión previa entre MAP que derivaba y PIR donde se concretaba si era adecuada la derivación, el tipo de intervención que se le podía prestar o si procedía a derivar a segundo nivel. Los criterios de derivación del MAP al (psicólogo interno residente) PIR se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios de derivación y exclusión

Inclusión	Trastornos de ansiedad Trastornos del estado de ánimo (leves, moderados) Trastornos adaptativos
Exclusión	Trastornos de personalidad Trastornos por consumo de sustancias Asistencia actual por Salud Mental u otro servicio especializado, público o privado Ingresos recientes en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría

La derivación del MAP se consensuaba con el paciente en su consulta. El médico indicaba en una “Hoja de seguimiento de consulta” impresa los datos personales del paciente, los más relevantes a nivel físico y brevemente el motivo de derivación. La derivación se trasladaba a la PIR que procedía a valorar la demanda del médico. En el análisis de la demanda se valoraba la urgencia del caso, si cumplía los requisitos de atención en el Centro de Salud, si correspondía a derivarse a un segundo nivel de atención especializada o los criterios de urgencia. Si no cumplía los requisitos, la PIR se reunía con el MAP correspondiente o entregaba un informe con el resultado del análisis de la demanda, el motivo del incumplimiento y una alternativa de atención al paciente. En el caso de aceptar la demanda, se procedía a contactar con el paciente y concretar una cita (ver Tabla 2).

Tabla 2

Condiciones de la intervención

<i>Demanda del MAP</i>	<i>Comunica al paciente la existencia de la Unidad de Psicología Clínica y muestra la necesidad en el caso de ser derivado. Realiza una “hoja de seguimiento de consulta” donde especifica los datos de contacto, diagnóstico inicial, breve motivo de derivación y tratamiento farmacológico actual.</i>
<i>Contacto previo</i>	<i>Se realiza por teléfono donde se presentaba como Psicóloga Residente del centro sanitario, comunicándole la recepción de la hoja de derivación por su MAP. Se le preguntaba si estaba de acuerdo en concertarle una cita. Se establecía el encuadre, informándoles de las condiciones de las citas, las ausencias a las mismas, la forma de contacto con el centro, el día de atención clínica y los horarios.</i>
<i>Consultas</i>	<i>Primeras consultas: si no acudían a la primera consulta, se procedía al alta por incomparecencia, dejando una hoja impresa a su MAP con motivo informativo.</i>

Igualmente, si se llamaba en dos ocasiones al paciente y no contestaba, se procedía de la misma manera. En caso de volver a querer una cita en Psicología Clínica, tendrían que volver a su MAP a solicitarlo.

Revisiones: si no acudían a dos revisiones se procedía al alta por incomparecencia. Si durante la intervención, un paciente era derivado al segundo nivel, se detenía la intervención, dejando a su MAP una “hoja de seguimiento de consulta” con los datos más relevantes del proceso terapéutico.

<i>Número de sesiones</i>	Se ofrecían un máximo de 8 sesiones individuales. Si no había mejora clínica, se procedía a derivar al segundo nivel.
<i>Duración de las sesiones</i>	Primeras consultas: 1h Revisiones: 45 min
<i>Frecuencia de las sesiones</i>	Quincenal.

Se estableció un horario de atención clínica de mañana, cuatro días a la semana, con un máximo de cinco pacientes al día. Una vez finalizado el período de rotación establecida en el programa PIR, se ha continuado la atención clínica del mismo modo por las tardes, dos días a la semana, desde octubre de 2019 hasta diciembre de 2021. La atención en la Unidad de Psicología Clínica se realizó en este tiempo durante dos tardes y atendiendo a un máximo de ocho pacientes a la semana. Durante este período de tiempo ha habido una situación crítica que tenemos que señalar como posible interferencia en el comienzo de esta Unidad, que es la pandemia por COVID-19, donde se ha priorizado esta atención, donde las consultas fueron telemáticas y las peticiones de derivación a Psicología disminuyeron considerablemente, para después volver a aumentar una vez retomadas las consultas presenciales.

Población

La población del estudio la conforman 123 pacientes del mismo Centro de Atención Primaria, atendidos por un PIR durante los años 2019, 2020 y 2021. Estos pacientes fueron derivados por sus Médicos de Atención Primaria al detectar síntomas de origen para que recibieran una intervención psicológica en lugar de derivar directamente a un segundo nivel de atención especializada (Unidad de Salud Mental Comunitaria). Del total de los 123 pacientes asignados a un PIR, 30 pacientes no llegaron a acudir a la primera consulta, por lo que se valorarán en algunos de los resultados a 93 pacientes.

Variables e Instrumentos

- *Hoja de información y consentimiento informado.* Es administrado por la Psicóloga en la primera consulta.
- *Entrevista clínica:* se realiza una entrevista abierta para la recolección de datos sociodemográficos, autobiográficos, sobre antecedentes personales y psiquiátricos familiares, el motivo de consulta, experiencias previas en salud mental y expectativas en la intervención actual.
- *Cuestionario de salud general GHQ-28 de Goldberg y Hilier (1979):* se trata de un cuestionario validado y adaptado a la población española por Lobo y Echevarría y Artal (1986). Muestra una alta fiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.97 (Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Torrecillas y Sánchez-Barrera, 2002). Es autoaplicado y tiene 28 ítems que se responden con una escala Likert de 0 a 3 puntos. Valoran la percepción sobre la salud como por ejemplo en este ítem “¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?” El cuestionario ofrece una puntuación global y una por cada una de las cuatro subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

También se puede obtener los datos sobre la cronificación de la sintomatología y detectar casos de aparición aguda (puntuación no caso/caso: 5/6) o crónica (puntuación no caso/caso: 12/13).

- *Cuestionario Ad-Hoc de variables sociodemográficas y aspectos clínicos*: recoge datos como la edad, el género, el estado civil, la situación laboral, el nivel académico, el motivo de derivación a psicología clínica, el total de sesiones a las que asiste, ~~el número de sesiones de la intervención psicológica~~, el diagnóstico y los antecedentes en salud mental (incluido el tratamiento farmacológico previo y actual).

Análisis de datos

Se ha llevado a cabo un análisis de variables sociodemográficas, clínicas y de evolución de la intervención psicológica en Atención Primaria, mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 25.0. Se han realizado análisis estadísticos descriptivos de variables como: edad, género, estado civil, nivel académico, situación laboral, motivo de derivación, antecedentes en salud mental, tratamiento farmacológico previo y actual, número de sesiones, tipo de evolución del paciente, diagnóstico y datos del cuestionario GHQ-28. Así mismo, se han realizado pruebas estadísticas como la *Chi-Cuadrado* (X^2) para contrastar los datos de las variables recogidas y los del GHQ-28.

Resultados

Datos sociodemográficos

Las personas que componen la muestra de pacientes atendidos en Atención Primaria durante los años 2019, 2020 y 2021 (123 personas) presentan una media de edad de 47,29 años, con un rango que se sitúa entre los 15 y los 83 años. En relación con el género, la muestra se compone de 95 mujeres (77,2%) y 28 hombres (22,8%). El estado civil muestra la siguiente variabilidad: 54 personas con pareja o casado (43,9%), 19 solteros (15,4%), 13 divorciados o separados (10,6%) y 7 viudos (5,7%). Hay un total de 30 valores perdidos que son las personas que de toda la muestra no acuden a primera consulta.

El nivel académico arroja una mayoría de pacientes que tienen un nivel de estudios secundarios (40,7%), siguiéndoles los que tienen estudios superiores (25,2%) y por último, los que poseen estudios primarios (9,8%).

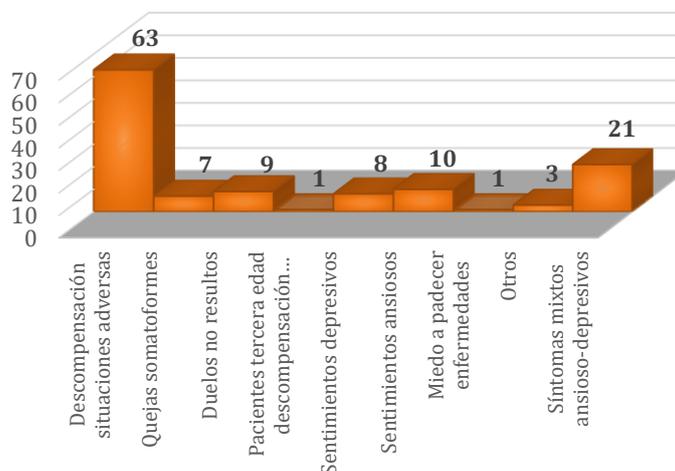
Los análisis de la situación laboral indican que el mayor porcentaje corresponde a pacientes que están trabajando en el momento de la atención clínica (39%), le siguen los que están en desempleo (16,3%), las personas jubiladas (11,4%), los estudiantes (8,1%) y por último los pensionados por minusvalía (0,8%).

Datos asistenciales

Se recogieron las principales causas de derivación por los Médicos de Atención Primaria (MAP) a la Unidad de Psicología Clínica, categorizándolos tras la recogida de datos en nueve categorías. En la *figura 1* se detallan los casos o frecuencia de cada uno de los motivos de derivación de la muestra de 123 pacientes, siendo destacables dos de ellos como más frecuentes: “descompensaciones ante acontecimientos vitales estresantes” con un 51,2% y los pacientes con quejas de “síntomas mixtos ansioso-depresivos”.

Figura 1

Motivos de derivación a Psicología Clínica



En este conjunto de datos se incluyen tanto los que han recibido atención clínica como aquellos que no acudieron a primera consulta, pero sí se recogió el motivo de derivación indicado por su MAP.

Como dato relevante para el inicio y evolución de la intervención psicológica se contempló si los pacientes que derivaban los Médicos de Atención Primaria habían tenido anteriormente atenciones psicológicas, bien a nivel privado como público y si habían estado en tratamiento psicofarmacológico o si estaban tomando algún psicofármaco en el momento de la atención psicológica. Se han excluido los 30 casos que no acuden a primera consulta, siendo por tanto un total de 93 casos. Un 33,3% de los pacientes comentaron tener antecedentes en salud mental o haber ido a algún psicólogo y/o psiquiatra en algún momento de sus vidas. El 26% de los pacientes habían tomado en algún momento tratamiento psicofarmacológico y el 29% acudieron a la primera sesión con un tratamiento psicofarmacológico prescrito previamente.

Como se puede apreciar, son datos reveladores el hecho de que previamente a la derivación a la Unidad de Psicología Clínica del Centro de Salud, los Médicos de Atención Primaria suelen comenzar prescribiendo fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos en un amplio porcentaje. Los pacientes que acuden con psicofármacos prescritos comprenden un 29,3% (36) del total de 93 casos en tratamiento psicológico. Un 33,3% (41) de los casos tenía antecedentes en salud mental, a nivel público o privado.

En este estudio se contempla la evolución de los pacientes durante la intervención psicológica, categorizándola en ocho posibles situaciones: “alta por mejoría”, “no acude a primera consulta”, “cambio de centro de salud o de ciudad”, “continúa en seguimiento”, “derivación a segundo nivel USMC”, “abandono”, “acude ya a USMC”, “acude a psicología a nivel privado”. Es un dato relevante para poder analizar el proceso terapéutico y las posibles causas de abandonos o de aspectos exitosos de la intervención. Se han tomado el conjunto de los 123 casos, correspondiendo el mayor porcentaje a

pacientes que reciben el alta por mejoría (30,9%), seguido de los abandonos (21,1%) y los que no acuden a primera consulta y por tanto no iniciaron seguimiento en Psicología Clínica (18,7%). El 13,8% permanece en seguimiento. Durante este período de tiempo se ha derivado a atención especializada (USMC) un 8,9% de los casos. El 4,1% abandonaron el tratamiento o no empezaron por mudarse de ciudad, de CCAA o de centro de salud. El 1,6% de los pacientes estaban asistiendo a psicología en ámbito privado por lo que se finalizó la intervención en el centro. Y un 0,8% ya asistía a USMC cuando fue derivado, por lo que no se asumió el caso en el centro.

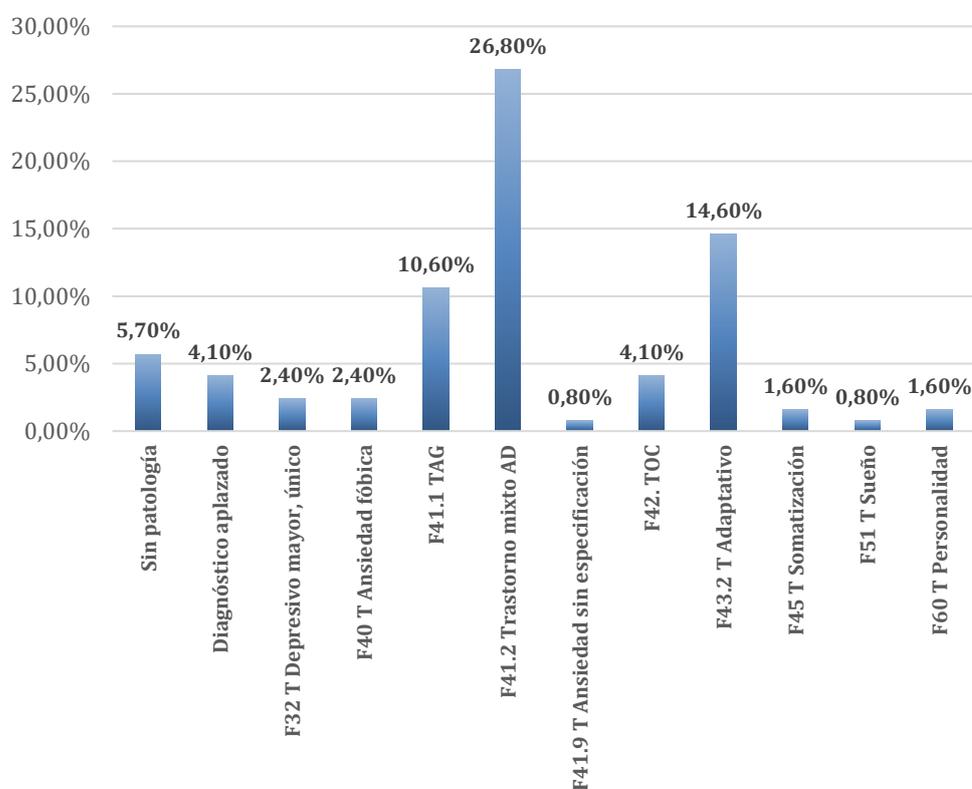
El análisis del número de sesiones en esta muestra indica que el número de sesiones más frecuente ha sido el de una única sesión (26,8%), seguida de dos sesiones (22%). Hay un total de 5 personas que han recibido entre 9 y 12 sesiones, sumando un total de 4%. La media de sesiones se encuentra en 2,33, con unos límites inferior y superior de 0 y 12 respectivamente.

El número de sesiones está relacionado de forma significativa con la evolución del paciente ($X^2 = 13,003$, $p = ,043$). Fue mayor el número de pacientes que recibieron el alta por mejoría habiendo recibido menos de 5 sesiones que los que recibieron más. También fueron derivados más casos en las primeras sesiones y aquellos que abandonaron el seguimiento, lo hicieron dentro de las primeras cinco sesiones.

Por último, uno de los datos también más relevantes de la intervención psicológica en Atención Primaria es la evaluación diagnóstica y aplicar este tipo de intervenciones a trastornos emocionales de gravedad leve a moderada. Para ello, las intervenciones contemplaban la administración de entrevistas clínicas y la codificación diagnóstica según la CIE-10, además de valorar sintomatología afectiva mediante la administración del cuestionario GHQ-28. Los trastornos más prevalentes de la muestra se muestran en la figura 2.

Figura 2

Diagnósticos



El cuestionario GHQ-28 aporta una puntuación diferente si es una sintomatología de aparición reciente o que ya está cronicada. Se tuvieron en cuenta de los 93 pacientes atendidos, 90, pues tres no contestaron o dejaron de acudir a las sesiones y no aportaron sus respuestas. Los casos agudos detectados por este cuestionario fueron 64 (52%) mientras que los casos clínicos de evolución crónica se situaron en 53 (43,1%).

El cuestionario GHQ-28 aporta una visión de la sintomatología que presenta la población atendida en el centro de salud en este período de tiempo. La media del total de las puntuaciones del cuestionario es de 16,74. La media de las puntuaciones de “síntomas somáticos” es de 6,41, la correspondiente a la subdimensión de “ansiedad-insomnio” es de 4,74. Por último las media de las subdimensiones “disfunción social” y “depresión grave” son 4,36 y 0,91 respectivamente.

Se realizaron tablas de contingencia empleando el estadístico Chi-Cuadrado como criterio de contraste para las diferentes variables sociodemográficas y clínicas y los casos detectados por el GHQ-28 (tablas 3 y 4). El 21,1% de los pacientes mostraban síntomas psicopatológicos de forma aguda (último mes) y un 30,1% de manera crónica. Estos últimos datos sólo fueron estadísticamente significativos en relación con los antecedentes en salud mental, a la toma de psicofármacos y a la evolución durante la intervención.

Tabla 3

Chi-Cuadrado variables sociodemográficas y clínicas y casos clínicos agudos detectados con GHQ-28

VARIABLES	VALORES	CHI-CUADRADO (SIG.)	P
EDAD	15-35	14	,664 <i>p</i> = ,717
	36-55	28	
	56-90	22	
GÉNERO	Hombre	14	,078 <i>p</i> = ,781
	Mujer	50	
E. CIVIL	Soltero	13	1,191 <i>p</i> = ,755
	Casado-Pareja	36	
	Divorciado	10	
	Viudo	4	
SITUACIÓN LABORAL	Desempleado	13	,598 <i>p</i> = ,897
	Trabaja	33	
	Jubilado	11	
	Estudiante	6	
NIVEL ACADÉMICO	Primaria	8	,766 <i>p</i> = ,682
	Secundaria	32	
	Superiores	23	
ANTECEDENTES SALUD MENTAL	Si	28	,793 <i>p</i> = ,673
	No	36	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO	Si	24	,680 <i>p</i> = ,712
	No	40	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	Si	23	2,4176 <i>p</i> = ,337
	No	41	
EVOLUCIÓN	Alta mejoría	33	22,423 <i>p</i> = ,001
	Continua	9	
	Derivación USMC	2	
	Abandono	18	
	Cambio CAP / CCAA	2	
NÚMERO SESIONES	1-5	50	,022 <i>p</i> = ,881
	6-14	13	

Tabla 4

Chi-Cuadrado variables sociodemográficas y clínicas y casos clínicos crónicos detectados con GHQ-28

VARIABLES	VALORES	CHI-CUADRADO (SIG.)	P
EDAD	15-35	16	4,509 <i>p</i> = ,105
	36-55	22	
	56-90	15	
GÉNERO	Hombre	11	,010 <i>p</i> = ,921
	Mujer	42	

E. CIVIL	Soltero	13	3,135	$p = ,371$
	Casado-Pareja	27		
	Divorciado	8		
	Viudo	4		
SITUACIÓN LABORAL	Desempleado	9	,976	$p = ,807$
	Trabaja	28		
	Jubilado	9		
	Estudiante	6		
NIVEL ACADÉMICO	Primaria	5	4,663	$p = ,097$
	Secundaria	25		
	Superiores	22		
ANTECEDENTES SALUD MENTAL	Si	19	6,116	$p = ,047$
	No	34		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO	Si	17	1,618	$p = ,445$
	No	36		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	Si	15	8,797	$p = ,012$
	No	38		
EVOLUCIÓN	Alta mejoría	32	23,447	$p = ,001$
	Continúa	6		
	Derivación USMC	2		
	Abandono	11		
	Cambio CAP / CCAA	2		
NÚMERO SESIONES	1-5	42	,077	$p = ,782$
	6-14	10		

Discusión y conclusiones

Este trabajo contempla un análisis del proyecto de la inclusión del Psicólogo Clínico en Atención Primaria en Huelva (capital), como experiencia piloto llevada a cabo por la figura del Psicólogo Interno Residente y supervisado por los superiores de la formación y los adjuntos de Atención Primaria. Uno de los objetivos del estudio era valorar los pacientes derivados a Psicología Clínica, analizar las características sociodemográficas de dicha población y los motivos de derivación, así como los diagnósticos comunes.

En este sentido, la población comparte características con otras poblaciones analizadas en otros estudios, en cuanto a variables sociodemográficas o clínicas como diagnósticos de carácter afectivo y de gravedad leve o moderada o uso de medicación psicofarmacológica previa a la derivación a psicología (Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Gutiérrez-López et al., 2020). Los análisis sobre los motivos de derivación reflejan que el mayor porcentaje de derivaciones corresponden a descompensaciones y reacciones a situaciones estresantes y a pacientes que presentan una sintomatología difusa ansioso-depresiva (WHO WONCA, 2008; Cano-Vindel et al., 2012).

Cabe señalar que los diagnósticos hallados en este estudio que aparecen en las derivaciones de los médicos de atención primaria son, por orden de aparición y frecuencia, los relacionados con sintomatología ansiosa-depresiva, los trastornos adaptativos, los trastornos ansiosos y los trastornos depresivos de carácter leve, datos que se asemejan a los hallados en otros estudios previos; resultados que van en consonancia con otros estudios (Plataforma APPI. PsicAP, 2017, Infocop, 2019).

Así mismo, la exploración realizada a través del cuestionario GHQ-28 muestra sintomatología de carácter afectivo reciente en la mitad de la población estudiada, siendo en su mayoría síntomas somáticos, ansiedad e insomnio e interferencia en la esfera social, siendo mínima la sintomatología depresiva grave. Estos resultados responden a uno de los objetivos e hipótesis planteadas en el presente estudio en relación a los motivos de derivación y diagnósticos afectivos de carácter leve-moderado (Cano-Vindel, 2011b; Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Sánchez-Reales et al., 2015).

En consonancia con otros estudios que sitúan a las mujeres como la población que más demanda atención psicológica y que representa mayores porcentajes en las derivaciones en Atención Primaria, el presente estudio, de acuerdo a los objetivos de explorar las características sociodemográficas, halla un porcentaje mayor al 70% de mujeres atendidas (Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Sánchez-Reales et al., 2015).

La coordinación que se produce al incluir al Psicólogo Clínico en Atención Primaria permite que se analicen y optimicen las derivaciones que realice el médico. En relación al objetivo planteado de valorar si la atención en el centro reduciría la derivación a un segundo nivel, se ha contemplado una reducción del número de derivaciones a la atención especializada, alrededor de un 8% del total derivado por los MAP coordinación con los médicos de atención primaria y la posterior revisión y análisis de los casos concluyeron que este mínimo porcentaje poseía una sintomatología de carácter más grave o necesitaban un tratamiento más amplio por Psicología Clínica para alcanzar una remisión de los síntomas (Alonso et al., 2019).

La coordinación en el propio centro de salud ha permitido una reducción de las derivaciones a atención especializada, de ahí, los beneficios de la incorporación de la Psicología Clínica a los centros de salud, asumiendo las intervenciones psicológicas de un amplio número de pacientes con sintomatología leve a moderada, y como consecuencia, aportando una función de filtro por gravedad o por recursos a la atención especializada, evitando colapsos en ésta. También, la presencia del Psicólogo Clínico en el primer eslabón del sistema sanitario, en Atención Primaria, permite que la población reconsidere la estigmatización de la enfermedad mental y que aprecie las intervenciones psicológicas como una herramienta accesible, necesaria y útil en su proceso de enfermedad (Gálvez-Llompart et al., 2021; Alonso et al., 2019).

Las intervenciones psicológicas en Atención Primaria muestran unas características propias y diferenciadas de la atención especializada, tanto en técnicas empleadas como en el tiempo destinado a su administración. Desde la Psicología Clínica se ponen en marcha intervenciones psicológicas de baja intensidad destinadas a alteraciones emocionales de carácter leve o moderado en un número de sesiones limitado, que en el presente estudio muestran una media de 2. En este trabajo se planteó como objetivo estudiar el número de sesiones necesarias para finalizar una intervención con una mejoría clínica, siendo un dato significativo que los pacientes que recibieron el alta por mejoría clínica evolucionaron en menos de cinco sesiones, siendo congruente con otros estudios. Además, las altas por criterio de mejoría clínica o remisión de la sintomatología inicial por la que consultaban, comprenden el mayor porcentaje en relación a todas las altas del estudio, siendo congruente con la eficacia de las intervenciones psicológicas expuestas en experiencias y estudios previos (Gutiérrez-López et al., 2020; Sánchez-Reales et al., 2015; Infocop, 2019).

Uno de los objetivos formulados en el estudio fue explorar si los pacientes que eran derivados a Psicología Clínica en Atención Primaria acudían con un tratamiento psicofarmacológico previo. Se halló un elevado porcentaje de pacientes que acudían ya con un primer abordaje psicofarmacológico previo realizado por su MAP, considerando el abordaje psicológico posterior, dato consistente con estudios previos (Sánchez-Reales et al., 2015; Plataforma APPI. PsicAP, 2017; Gutiérrez-López et al., 2020; Villalva y caballero, 2006).

No obstante, son necesarias más investigaciones que superen las limitaciones actuales. Por ejemplo, existen pocos estudios relativos al uso de una serie de instrumentos que estén estandarizados y se puedan replicar en los estudios sobre la psicología clínica en Atención Primaria (Retolaza et al., 1993). Se ha empleado en varias muestras clínicas españolas el cuestionario de salud general de Goldberg en su adaptación española y en los últimos años se está utilizando en muestras de pacientes en los centros de salud (Retolaza et al., 1993). Este cuestionario permite obtener unos resultados globales de la sintomatología del paciente que es derivado en Atención Primaria, obteniendo un screening, para luego focalizarse en cuestionarios más específicos y establecer un diagnóstico. En el presente trabajo se han podido detectar pacientes con una psicopatología leve a moderada tanto de aparición aguda como crónica, siendo de gran utilidad en el diagnóstico y evolución del paciente (Cano-Vindel, 2011a; Retolaza et al., 1993; Mitchell, Vaze y Rao, 2000).

En conclusión, este estudio pone de manifiesto algunas características sociodemográficas de los pacientes que son derivados por los médicos de atención primaria al Psicólogo Clínico, siendo en su mayoría mujeres, personas casadas o en pareja, con estudios secundarios y que se encuentran trabajando. Es relevante la información acerca de los motivos de derivación, siendo el mayor dato el correspondiente a reacciones adaptativas debido a situaciones estresantes o períodos de cambio vital. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos mixtos ansioso-depresivos, los trastornos de ansiedad y los adaptativos. Por otro lado, es relevante que de toda la muestra el número medio de sesiones sea dos, siendo estadísticamente significativo que las altas por mejoría clínica se produzcan en menos de cinco sesiones. El cuestionario de salud general de Goldberg ofrece datos relativos a casos clínicos agudos y crónicos, que se muestran relacionados de forma significativa con los antecedentes en salud mental, la toma de psicofármacos previa a la intervención o la evolución, siendo los casos clínicos detectados aquellos que tomaban medicación, que tenían antecedentes y que abandonaban más o estaban en seguimiento.

La Atención Primaria, como primer eslabón de la institución sanitaria y, por ende, más accesible a la población general, es quién recibe las quejas y demandas de la población general. Recepciona la demanda, interviene, orienta, se coordina y deriva a otros eslabones donde se encuentra la atención especializada. Los médicos de atención primaria absorben gran cantidad de problemas psicológicos que a veces, por su carácter leve o reactivo a circunstancias físicas o sociales, no consideran que cumpla los criterios en la atención especializada. Así, asumen gran cantidad de problemas psicológicos derivados de patologías físicas o que influyen en la evolución de una patología abordada en los centros de salud, por lo que realizan un abordaje integral del paciente. No obstante, esta gran demanda asistencial genera una sobresaturación de la Atención Primaria, un

aumento de la utilización del recurso farmacológico como medio de paliar la sintomatología y una cronificación o agravamiento de la sintomatología psicopatológica.

Por ello, a raíz de la exploración general de algunas variables implicadas en la atención psicológica en Atención primaria en este estudio, podemos considerar necesarias nuevas líneas de investigación ampliando la cantidad de variables sociodemográficas o el tipo de intervención y las características del abordaje psicológico, así como los protocolos de derivación, con la finalidad de reducir aún más el número y tipo de pacientes que se derivan a un segundo nivel. De este modo, afianzar aún más los criterios de atención en Primaria y los de derivación a un segundo nivel de atención especializada. La mejora de los protocolos podría considerar un primer abordaje psicológico de pacientes con sintomatología leve o moderada, previo al abordaje psicofarmacológico, pudiendo analizar las consecuencias económicas de una posible reducción del gasto farmacéutico.

Referencias

- Alonso, R., Lorenzo, L., Flores, I., Martín, J. & García, L. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 51(5), 310-313. doi: 10.1016/j.aprim.2018.08.012.
- Cano-Vindel A. (2011a). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 73-95.
- Cano-Vindel A. (2011b). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17, 157-184.
- Cano-Vindel, A., Salguero, J.M., Mae Wood, C., Dongil, E. & Latorre, J.M. (2012). La depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Community & Mental Health team, NHS Digital. Improving access to psychological therapies (IAPT) (2017). Recuperado de: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/improving-access-to-psychological-therapies-data-set/improving-access-to-psychological-therapies-data-set-reports>
- Consejo General de la Psicología Clínica. Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de psicólogos en AP. (2017). Infocop online. Recuperado el 12 de enero de 2022 de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6563.
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x
- Dowrick, C.F., Bellón, J.A. & Gómez, M.J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: The impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Galvez-Llompарт, A.M., Valor Gisbert, M., Perez-Almarcha, M., Ballester-Gracia, I., Canete-Nicolas, C., Reig-Cebria, M.J. & Hernandez-Viadel, M. (2021). Impacto en la asistencia en salud mental tras la colaboración entre atención primaria y salud mental, *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(6), 385-393. doi.org/10.1016/j.semerg.2021.04.006.
- Godoy-Izquierdo, D, Godoy, J.F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de salud general de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud*, 14(1), 49-71.

- Gutiérrez López, M.I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R. & Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias [Clinical Psychologist in Primary Care: The work carried out in Asturias]. *Semergen*, 46(2), 101–106. doi.org/10.1016/j.semERG.2019.09.002.
- Infocop (2019). Propuesta para que haya psicólogos clínicos en la Atención Primaria de todas las comunidades autónomas. Recuperado de https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7987
- Lobo, A. A., Pérez-Echevarría, J.M. & Artal, J. (1986). «Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a spanish population», *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Mitchell, A.J., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta- analysis. *Lancet*, 374, 609-619.
- Moreno, E. & Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, 315-328.
- Plataforma APPI. PsicAP. La intervención psicológica en primaria, más eficaz que el tratamiento habitual. Plata- forma por una Atención Psicológica Pública e Integrada. (2017). Recuperado de: <https://plataformaappi.wordpress.com/2017/03/05/psicap-la-intervencion-psicologica-en-primaria-mas-eficaz-que-el-tratamiento-habitual/>.
- Prado-Abril, J. (2016). Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo (tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/58557/files/TESIS-2017-003.pdf>.
- Retolaza, A., Mostajo, A., De la Rica, J.R., Días de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I. & Markez, I. (1993). «Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria». *Revista de la A.E.N.*, 13(46), 187-194. Recuperado de <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15340>
- Retolaza, A., Márquez, I. & Ballesteros, J. (1995). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(55), 593-608.
- Sánchez-Reales, S., Tornero-Gómez, M.J., Martín-Oviedo, P., Redondo-Jiménez, M. & Del-Arco-Jódar, R. (2015). Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(5), 254-260. doi.org/10.1016/j.semERG.2014.06.001.
- Villalva, E. & Caballero, L. (2006). Estudio sobre el uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de Atención Primaria. *SEMERGEN- Medicina de Familia*, 32(9), 427-432. doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73310-X
- WHO, WONCA. (2008). Integrating mental health into primary care. A global perspective. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.

Fecha de recepción: 03/03/2022

Fecha de revisión: 14/07/2022

Fecha de aceptación: 18/09/2022

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Basalo, M., Rivera, F., González, J. y Cantero, M. (2022). Actitudes hacia la muerte en el personal sanitario: propuesta de intervención. *MLS Psychology Research*, 5 (2), 201 -210. doi: 10.33000/mlspr.v5i2.1185.

Actitudes hacia la muerte en el personal sanitario: propuesta de intervención

Miguel Basalo de Castro

Universidad Europea de Madrid (España)

miguelrodba@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0001-5361-5912>

Francisco Rivera Rufete

Universidad Europea de Madrid (España)

francisco_rivera_rufete@hotmail.com · <http://orcid.org/0000-0001-9372-6502>

Jesús González Moreno

Universidad Internacional de Valencia (España)

jesus.gonzalezm@campusviu.es · <http://orcid.org/0000-0002-3968-8864>

María Cantero García

Universidad Internacional de Valencia (España)

maria.canterogar@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0002-7716-2257>

Resumen. En este artículo se realiza una revisión sobre las actitudes hacia la muerte en el profesional sanitario. Con el objetivo de profundizar en las implicaciones prácticas de dichas actitudes, se realiza un análisis de la literatura. Dada la ausencia de intervenciones basadas en promover la resiliencia, estrategias de afrontamiento y otros factores intervinientes en la actitud hacia la muerte en este colectivo, se presenta un programa destinado a la prevención y la promoción de competencias para proporcionar un mayor bienestar y un mejor manejo de estas situaciones. Entre los objetivos, se proponen: desarrollar estrategias de afrontamiento para gestionar las situaciones adversas que surgen al afrontar la muerte a diario, facilitar una buena gestión emocional y ser capaz de recuperarse del impacto que causan dichas situaciones a través de la compasión, autocompasión, gratitud y manejo de la culpa. El programa sigue una metodología experiencial; los profesionales sanitarios son agentes activos en el proceso de cambio, y se acompaña con una implementación y evaluación rigurosa que permiten analizar los cambios que se producen según se avanza en la intervención.

Palabras Clave: Resiliencia; personal sanitario; actitud hacia la muerte; afrontamiento; compasión

Attitudes towards death in health personnel

Abstract. In this article, we review attitudes towards death in the professional health workers. Trying to deepen the practical implications those attitudes have, we analyzed the scientific literature. Given the absence of interventions based on promoting resilience, coping strategies and other intervening factors on attitudes towards death in this group, we present a program designed towards promotion and prevention of competences to provide a better wellbeing and a better handling of these situations. Amongst the objectives, we propose: developing coping strategies to manage adverse situations that arise dealing daily with death, easing a good emotional management and being able to recover from the impact said situations cause through compassion, self-compassion, thankfulness and guilt management. The program follows an experiential methodology; health care professionals are active agents in the process of change, and they are accompanied through a deep evaluation and implementation that allows to analyze the changes throughout the intervention.

Key Words: Resilience; health care professional; attitudes towards death; coping; compassion

Introducción

El objetivo del sanitario es preservar la vida, cuidar y acompañar al paciente, especialmente a aquellos cercanos a la muerte (García-Avendaño et al., 2018) . Así, la muerte puede ser vista como un fracaso, aunque consista en un proceso natural (Vázquez-García et al., 2019). Esto pone de relevancia que las actitudes negativas tienen implicaciones —también negativas— en el entorno sanitario (Cara Rodríguez, 2020; Puente-Fernández et al., 2020). Éstas se traducen en evitación del enfermo, delegación de responsabilidades y desconexión emocional (Puente-Fernández et al., 2020), y provoca peores cuidados, sumado a las creencias de fracaso, predisponen al sanitario a padecer fatiga por compasión y burnout (Acevedo et al., 2013). Las actitudes hacia la muerte del sanitario son relevantes porque impactan su desempeño laboral, salud mental y emocional (Kagan, 2020). Estos factores se retroalimentan, provocando aumento de ansiedad, siguiendo a Zamora (2018), insatisfacción laboral y bajo estado de ánimo. Sin embargo, hay sanitarios que desarrollan actitudes positivas por factores de protección como creencias, experiencia o capacitación (Bayat et al., 2018). Estos factores de protección o estrategias de afrontamiento están relacionados con la resiliencia, entendiendo este concepto como la capacidad que tiene el ser humano de recuperarse ante situaciones adversas y salir fortalecido.

Los aspectos mencionados previamente motivaron a los autores a realizar una búsqueda sobre las intervenciones previas en actitudes hacia la muerte en el personal sanitario. Sin embargo, en la literatura encontramos que, si bien varios artículos señalan la importancia de la formación al personal como factor de prevención (Cevik & Kav, 2013), hay una ausencia total de programas de intervención que aborden la problemática que hemos planteado.

Esto pone de manifiesto que, si bien se conoce que las actitudes hacia la muerte pueden cambiarse con programas educativos, y que dichas actitudes se pueden traducir en mejor cuidado de los pacientes cercanos a la muerte (Chua & Shorey, 2021) mayor resiliencia, autoestima y menor burnout (Edo-Gual et al., 2015; Guo & Zheng, 2019), no se provee al personal sanitario una asistencia para proporcionarles herramientas en esta dirección. De este modo, este equipo consideró importante que se supliera la ausencia de formaciones actuales. Revisadas las causas que provocan una actitud desfavorable hacia la muerte y hacia el último estadio en la vida del

paciente, el programa de intervención proporcionaría un mejor servicio actuando directamente con el personal sanitario, e indirectamente sobre el paciente. Además, este programa prevendría futuras dificultades en el personal sanitario en el trato con sus pacientes paliativos.

Así, si bien el presente trabajo pretendía realizar una revisión de las actitudes hacia la muerte del personal sanitario, así como las implicaciones que estas tienen a nivel personal y profesional, y estudiar las intervenciones existentes en este ámbito, debido a la carencia encontrada sobre este tipo de programas, se decidió diseñar una propuesta de intervención que las aborde.

Programa de Intervención en Actitudes Hacia la Muerte en Personal Sanitario

Esta ausencia, junto con la expresión reiterada de la necesidad de formación a los sanitarios nos llevó a diseñar un programa de intervención modelo, llamado “Programa de Intervención en Actitudes Hacia la Muerte en Personal Sanitario”. En este, decidimos poner el foco en las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, la compasión y autocompasión, la culpa y gratitud, así como las conductas hacia la muerte de forma más explícita. Esto se fundamenta en los factores de protección que subraya la literatura. El programa se formula como un recurso accesible de forma tanto asistencial como telemática para poder ofrecer su aplicación en ámbitos hospitalarios, centros de salud, residencias o cualquier otro centro en que se ejerzan labores sanitarias.

Población a la que va dirigida el programa

El programa va destinado a profesionales sanitarios que tienen contacto en su día a día con pacientes en situaciones cercanas a la muerte, y quieren mejorar la forma en la que se relacionan con ello, entre los que encontramos de forma prominente médicos de diversas especialidades, tales como: cuidados paliativos, oncología, geriatría, medicina interna o atención primaria, enfermeros tanto de centros de atención primaria como de hospitales y centros de especialidades, psicólogos, etc. Siendo estas especialidades las especialidades diana para la participación en el programa de intervención.

Los criterios de inclusión

- 1) querer participar voluntariamente en el programa de intervención,
- 2) firmar consentimiento de participación y realización de la evaluación pre y post intervención,
- 3) trabajar de forma activa en un centro sanitario público o privado en contacto con pacientes paliativos o pacientes crónicos que estén en su última etapa de la vida.

Como criterios de exclusión se establece que

- 1) el participante tiene que estar trabajando con la formación reglada terminada, quedando excluidas aquellas personas que, estando, realizando formación universitaria o formación profesional, se encuentren en periodo de prácticas, rotación o realizando cualquier función académica en el centro sanitario
- 2) haber tenido una puntuación mayor de 20 en los ítems correspondientes al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) al considerar que la persona presenta sintomatología de depresión moderada o grave, y por lo tanto, se tendría que derivar a otro de tipo de programa más idóneo a su situación.

De este modo, se pretende que los profesionales mejoren su bienestar, autocuidado y adquieran herramientas de afrontamiento con las que se puedan relacionar de forma más saludable con la muerte. Así, en última instancia, lo que se pretende es beneficiar tanto a ellos de forma directa, como a los pacientes a los que prestan servicio de forma indirecta.

Objetivos y competencias

Durante el desarrollo del programa, se pretende que los profesionales sanitarios participantes adquieran herramientas para poder gestionar situaciones de estrés de forma adaptativa y trabajar la resiliencia. Asimismo, los participantes ahondarán en los conceptos de compasión y autocompasión para aumentar sus autocuidados, así como gestionar los posibles sentimientos de culpa y conductas de afrontación hacia la muerte de forma saludable. El programa finalizará trabajando la gratitud tanto a uno mismo como hacia otros. De este modo, el programa no solo pretende trabajar la gestión de situaciones estresantes y ansiógenas, sino que además ahonda en el autocuidado del profesional sanitario, lo que influye en una mejor percepción de bienestar psicológico y un mejor servicio al paciente.

Objetivos generales

Los objetivos generales del programa de intervención son:

- Disminuir estrés y ansiedad para aumentar el bienestar en el personal sanitario.
- Aumentar la resiliencia para afrontar de forma adaptativa situaciones estresantes.
- Desarrollar la compasión y autocompasión para el autocuidado del participante.
- Gestionar sentimientos de culpa de forma adaptativa.
- Desarrollar la gratitud para fomentar experiencias positivas
- Afrontar situaciones relacionadas con la muerte de forma saludable.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que abarca el programa son:

- Prevenir la aparición de estrés y respuestas de ansiedad en el personal sanitario expuesto a factores de riesgo.
- Identificar factores de riesgo y factores de protección frente a estrés y ansiedad.
- Identificar, comprender emociones, y aceptarlas.
- Trabajar la claridad emocional y la reparación de las emociones.
- Afrontar de forma adaptativa situaciones amenazantes y estresantes, a través de las cualidades de las personas resilientes.
- Conocer las fortalezas y áreas de desarrollo del participante.
- Obtener herramientas para realizar un afrontamiento positivo, basado en las emociones y en el problema.
- Desarrollar habilidades sociales asentadas en la asertividad y en el apoyo social emocional.
- Aumentar el autoconocimiento del participante en acciones de compasión hacia otras personas y de autocompasión hacia sí mismo.
- Ser capaces de identificar situaciones de compasión y de autocompasión.

- Diferenciar compasión y autocompasión de otras emociones.
- Desarrollar herramientas que permitan al participante tener conductas de compasión y autocompasión que optimicen su percepción de bienestar psicológico.
- Dotar de herramientas al participante para evitar la fatiga por compasión.
- Diferenciar los sentimientos de culpa adaptativos de los desadaptativos.
- Identificar factores fuera del control propio que influyen en situaciones sobre las que se siente culpa.
- Aprender conductas de reparación de la culpa.
- Identificar miedos e ideas asociadas a la muerte y el proceso de muerte.
- Adquirir habilidades adaptativas para afrontar la muerte.
- Desarrollar conductas de gratitud para fomentar experiencias positivas, tanto al propio participante, como a otros por su parte.

Contenido del programa

Con el fin de cumplir los objetivos y alcanzar las competencias anteriormente descritas, el programa se estructura en 9 sesiones de 90 minutos, que se llevarán a cabo de forma semanal, tanto presencial como telemáticamente. Además, se desarrollará una sesión cero o sesión inicial con el objetivo de promover la familiarización del facilitador con el grupo de profesionales, así como establecer las primeras normas del grupo (confidencialidad, respeto, etc.) y la evaluación inicial. En esta misma sesión se introducen los objetivos/contenidos del programa a los participantes, y se reflexiona brevemente sobre la importancia de trabajar las actitudes hacia la muerte. A continuación, se describe brevemente cada una de las sesiones.

- *Sesión 0. Presentación y Evaluación.*
- *Sesión 1. La importancia de las emociones.* En esta sesión se introduce al participante y al facilitador en el programa de intervención, así como tomar conciencia sobre los factores de riesgo que conlleva a nivel emocional las procesiones sanitarias.
- *Sesión 2. Resiliencia y afrontamiento.* El objetivo de esta sesión es conocer el término “resiliencia”, así como las características de las personas más resilientes, y trabajar en el autoconocimiento de cada uno de los participantes, así como conocer estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.
- *Sesión 3. El problema, la asertividad y el apoyo social.* A través de esta sesión se seguirá profundizando en estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas, además de conocer herramientas que faciliten la asertividad y el apoyo social en el participante.
- *Sesión 4. La compasión y la autocompasión.* Esta sesión tendrá como objetivo conocer los sentimientos de compasión y autocompasión, diferenciándolos de otros, así como identificar situaciones profesionales de compasión hacia otras personas.
- *Sesión 5. Nosotros y nuestro autocuidado: autocompasión y fatiga por compasión.* Se trabaja en esta sesión conceptos de autocuidado, centrados en la autocompasión y la disposición de herramientas para evitar la fatiga por compasión.
- *Sesión 6.- Culpa y reparación.* El objetivo es reflexionar trabajar la culpa, en situaciones adaptativas y desadaptativas, así como identificar factores fuera del propio control del participante, además de desarrollar herramientas reparatorias de la culpa.
- *Sesión 7. Conductas de afrontamiento ante la muerte.* En esta sesión se abordan los efectos de la ansiedad ante la muerte, así como enfrentar al participante a estas

- situaciones a través de la situación, con el objetivo de poner en marcha las herramientas tratadas en sesiones anteriores.
- *Sesión 8. Gratitud.* Esta sesión tiene como objetivo trabajar el concepto de gratitud, tanto a otros como uno mismo.
 - *Sesión 9. Medición post-intervención.* El objetivo de esta sesión es realizar una medición post-intervención a los participantes del programa para su evaluación, además de cerrar el programa con los propios participantes.

Metodología

El programa utiliza la metodología experiencial (Ariza, 2010). El verdadero sentido del modelo experiencial implica seguir un proceso de reflexión y análisis de las prácticas educativas, involucrando al participante de manera directa en lo que se está enseñando. Así, se utilizará tanto la psicoeducación —lo más mínimamente posible, para la conceptualización de ideas y aclaración de términos— y ejercicios que propicien que el participante pueda experimentar de forma individual o colaborativamente con otros participantes aquellos temas que abordan las sesiones. Para ello, se hará uso de técnicas como el role-playing; meditaciones; técnicas fundamentadas en la respiración; y ejercicios grupales diversos. Todas las técnicas y herramientas propuestas adaptadas a las temáticas trabajadas cada sesión, perfil de los participantes, y modalidad de la sesión (siendo estas presencial, virtual o mixta). Siguiendo esta metodología, el facilitador tiene como tarea ayudar a los participantes a construir su propio conocimiento y vivencias de las experiencias, guiándoles e incitando a la reflexión, y siendo un punto de apoyo de cara a la realización de tareas fuera de sesión (tareas inter sesiones, voluntarias, en las que el participante, con el apoyo previo del facilitador, realizará para interiorizar de una forma más eficaz los contenidos tratados en las distintas sesiones). Asimismo, también será rol del facilitador crear un ambiente de trabajo motivante y retante para el participante, guiando a lo largo de toda la exploración experiencial hacia los cambios propuestos.

Implementación del programa

La implementación del programa es un punto clave para facilitar la efectividad del trabajo con el personal sanitario, y es por esta razón por la que tenemos que asegurar los principios y la metodología del programa, además de adaptarlo a cada uno de los grupos de participantes, así como la presencialidad física o virtual de los participantes, con el fin de optimizar los resultados del programa.

El grupo de trabajo realizará la presentación del Programa a los distintos centros que se decida ofertar, y se hará, una vez decididos los centros, una comunicación a través de gerencia, jefaturas de servicio/departamentos y responsables de equipos, además del uso de carteles, trípticos o recursos web, con el fin de crear una bolsa de participantes y disponer de grupos acordes a los objetivos del programa. Una vez generados los grupos, se realizará un acto inaugural del programa a nivel de hospital, centro de salud, o cualquier organismo o institución en el que se realice el programa con el objetivo de poner en situación a todo el centro de la temática y objetivos de intervención.

	Escala Breve de Resiliencia (BRS)	Resiliencia global	Participantes
	Test de Fatiga de Compasión y Satisfacción. PALIEX	Fatiga por compasión	Participantes
	Escala de satisfacción con la vida (SWLS)	Satisfacción con la vida	Participantes
	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Ansiedad Estado (A/E) y Ansiedad Rasgo (A/R)	Participantes
	BDI-II	Evaluación de sintomatología depresiva en adolescentes y adultos	Participantes
	WOC-R. (Ways of Coping Inventory)	Evaluación de modos de afrontamiento	Participantes
Sesión 9	Cuestionario de evaluación del programa	Cuestionario de evaluación del programa de intervención por parte de los participantes	Participantes

Conclusiones finales

Como hemos visto, el tabú hacia la muerte repercute en cómo el personal sanitario se relaciona con la muerte; propiciando que estos tengan actitudes negativas hacia ellas y, subsecuentemente, peores cuidados con los enfermos, y autocuidados. No obstante, la forma de relacionarse con la muerte puede ser modificada a través de diversas técnicas de intervención en prevención y promoción de competencias.

Partiendo de esta premisa, y de toda la literatura científica que insiste en la importancia de programas interventivos y formación para profesionales de la salud, planteamos el programa “Actitudes Hacia la Muerte en Personal Sanitario”. Este programa va en consonancia con lo que plantean autores relevantes en el tema como Cervik & Kav (2013). De esta forma, partiendo del objetivo principal de facilitar el desarrollo de unas actitudes de afrontamiento hacia la muerte más positivas por parte del personal sanitario, proponemos trabajar la compasión y autocompasión para relacionarse de forma adecuada con este tipo de situaciones, los sentimientos de culpa, la resiliencia, la gestión del estrés y la ansiedad, y la gratitud. El programa hace uso de la metodología experiencial, poniendo a los participantes en un rol activo, involucrándoles y dinamizando las sesiones. Para poder llevarlo al mayor número de profesionales del ámbito sanitario posibles, el programa se podrá realizar de forma tanto presencial, como semipresencial o telemática.

Referencias

- Acevedo, G. E., Sánchez, J., Farías, M. A., & Fernández, A. R. (2013). Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & Trabajo*, 15(48). <https://doi.org/10.4067/s0718-24492013000300006>
- Ariza, M. R. (2010). El Aprendizaje Experiencial Y Las Nuevas Demandas Formativas. *Revista de Antropología Experimental*, 8.
- Bayat, Z. S., Borhani, F., Nasiri, M., & Mokhtari, P. (2018). Correlation between Nurses' Attitude towards Death and the Quality of Nursing Care to Patients at the End Stages of Life in the ICU: A Systematic Review. *JOURNAL OF RESEARCH IN MEDICAL AND DENTAL SCIENCE*, 6(6).
- Cara Rodríguez, R. (2020). Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene*, 14(1). <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000100007>
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36(6). <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318276924c>
- Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. In *Nurse Education Today* (Vol. 101). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: A cross-sectional and

correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18).
<https://doi.org/10.1111/jocn.12813>

- García-Avendaño, D. J., Ochoa-Estrada, Ma. C., & Briceño-Rodríguez, I. I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*, 15(3). <https://doi.org/10.21676/2389783x.2421>
- Guo, Q., & Zheng, R. (2019). Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.002>
- Kagan, M. (2020). Social Support Moderates the Relationship Between Death Anxiety and Psychological Distress Among Israeli Nurses. *Psychological Reports*.
<https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
- Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M. M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., & Hueso-Montoro, C. (2020). Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3). <https://doi.org/10.1111/jnu.12550>
- Vázquez-García, D., Rica-Escuín, M. D. la, Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2019). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*, 93, 0–0.
- Zamora Muñoz, M. J., Priego Valladares, M., van-der Hofstadt Román, C. J., Portilla Sogorb, J., & Rodríguez-Marín, J. (2018). Malestar emocional de pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital general: un estudio piloto. *Medicina Paliativa*, 25(3). <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.03.006>

Fecha de recepción: 21/03/2022

Fecha de revisión: 14/07/2022

Fecha de aceptación: 07/09/2022