

ISSN: 2605-5295

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH



PSYCHOLOGY
RESEARCH

Julio - Diciembre, 2023

VOL. 6 NÚM. 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

Secretaría / 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.

Derechos de autor:

Todos los artículos que componen este número están bajo la licencia Creative Commons y cuentan con el Digital Object Identifier (DOI). Los autores conservan los derechos de autor y conceden a la revista el derecho de primera publicación con la obra simultáneamente licenciada bajo una licencia de atribución de Creative Commons que permite a otros compartir el trabajo con un reconocimiento de la autoría del trabajo con uso no comercial y la mención de la publicación inicial en esta revista.

SUMARIO / SUMMARY / RESUMO

- Editorial5
- El rol del orientador familiar en post-pandemia. Un acercamiento multidisciplinario7
The role of the family counselor in post-pandemic. A multidisciplinary approach
Jesús Alfredo Morales Carrero. Universidad de los Andes (Venezuela).
- Mujer, adicción y violencia de género.....23
Woman, addiction and gender violence
Alba Ares Encinas. Universidad Europea del Atlántico (España).
- Depresión, la pandemia silenciada.....49
Depression, the silenced pandemic
Alexia Saiz Calderón. Universidad Europea del Atlántico (España).
- Análisis de la relación entre la sensibilidad al rechazo y el apego en adultos.....79
Analysis of the relationship between rejection sensitivity and attachment in adults
Claudia Parás Gutiérrez. Universidad Europea del Atlántico (España).
- Síntomas somáticos, ansiedad y miedo entre chicos y adolescentes españoles durante la segunda ola por COVID-19: Un estudio descriptivo93
Somatic symptoms, anxiety and fear of COVID-19 among children and adolescents in Spain during the second wave of COVID-19: A descriptive correlation study
Manuela Martínez-Lorca, José Criado-Álvarez, Roberto Aguado Romo, Alberto Martínez-Lorca. Universidad de Castilla La-Mancha (España).
- Inteligência emocional em enfermeiros – a visão do psicólogo.....107
Emotional intelligence in nurses – the psychologist’s view
Maria Nascimento Cunha, Silvia Pinto. Psicólogas (Portugal).
- Análisis de la relación entre los estilos de apego y la Tríada Oscura (maquiavelismo, narcisismo y psicopatía)121
Analysis of the relationship between attachment styles and the dark triad (Machiavellianism, narcissism and psychopathy)
Sandra Sarabia Barrio. Universidad Europea del Atlántico (España)
- Actitudes ante la alimentación y comportamientos Obsesivos-compulsivos en usuarios de gimnasios.....137
Eating attitudes and obsessive-compulsive behaviors
Estefano Mobili, Daniela Valentina Monzón Blanco, Gabriela Rosmarel Rubiano Figueredo. Universidad Europea del Atlántico (España y Venezuela).

Editorial

Terminamos el año con este segundo número cargado de interesantes artículos de investigación. El primer artículo aborda el rol del orientador familiar en la post-pandemia, ya que los niveles de frustración, estrés, violencia, depresión y maltrato psicológico-físico aumentaron drásticamente en este período, repercutiendo significativamente sobre el funcionamiento familiar. La importante labor del orientador en el asesoramiento holístico e integral, favorece que tanto padres como hijos construyan un clima psicológico saludable, mediado por el entendimiento mutuo, la comprensión empática, la participación y el respeto. Frente a las condiciones de agobio, desgaste emocional, físico y social, el acompañamiento de la familia requiere educar socio-afectiva y emocionalmente para la adaptación flexible a las condiciones cambiantes.

La segunda aportación parte del supuesto de que las mujeres víctimas de violencia de género muestran mayor dependencia al consumo de sustancias, tienen mayor probabilidad de sufrir problemas psiquiátricos concomitantes y mayor dificultad para acceder, continuar y finalizar un tratamiento. El consumo recurrente incrementa los problemas asociados y disminuye la abstinencia. La presente investigación analiza los estudios empíricos publicados hasta la actualidad, que exploran la relación entre las mujeres víctimas de violencia de género, el consumo de sustancias y su salud mental.

El tercer artículo explora la depresión en la época de pandemia por COVID-19. Las repercusiones originadas por las medidas tomadas para frenar los contagios se empezaron a manifestar en la salud psicológica de las personas, por ello, gran cantidad de estudios exploran la relación con depresión. En la presente revisión sistemática se estudia cuantitativamente la depresión en personas de países afectados por la pandemia, con muestra igual o superior a 200 sujetos. Los resultados muestran un aumento de sintomatología depresiva a nivel general y distinguen la prevalencia entre grupos como edad y sexo, entre otros. Los datos pueden considerarse para el planteamiento de intervención a dicha problemática.

El cuarto artículo aborda la relación entre la sensibilidad al rechazo y el apego en adultos, ya que dicha situación predispone a un individuo a esperar ansiosamente, percibir fácilmente y reaccionar intensamente al rechazo. Además, la sensibilidad al rechazo es una gran precursora de la mala adaptación, pues se ha llegado a vincular con múltiples psicopatologías como, por ejemplo, la ansiedad social o los trastornos de la personalidad, entre otros. De igual manera, se encuentra estrechamente relacionada con los cuatro estilos de apego en los adultos (seguro, preocupado o ansioso, evitativo y temeroso o desorganizado).

La quinta propuesta consistió en evaluar los síntomas somáticos, ansiedad y miedo, así como la reacción emocional en niños y adolescentes españoles durante la segunda ola de COVID-19. Igualmente, investigó las relaciones entre variables como el sexo, la edad y el curso. Para ello, se aplicó la Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S), la forma corta del STAI y el PHQ-15. Los resultados concluyen que futuros estudios deberían explorar el papel de la inseguridad de los menores como factor de riesgo de síntomas psicopatológicos.

En el sexto artículo investiga la importancia de la inteligencia emocional en el desempeño laboral de los profesionales de la enfermería. En los últimos años, ha sido notorio el interés y la búsqueda de una definición de Inteligencia Emocional (IE). Sin embargo, podemos encontrar las raíces del constructo IE en el concepto de "inteligencia social", identificado por Thorndike, basado en la capacidad de comprender y gestionar sabiamente las relaciones humanas. Este estudio identifica cómo la Inteligencia Emocional se relaciona con el éxito profesional en los profesionales de enfermería.

El penúltimo artículo pretende comprobar si existe relación entre el estilo de apego y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura. Se planteó un diseño correlacional bivariado y un análisis de diferencias de medias para determinar las diferencias por sexo. Se obtuvo una relación negativa entre el estilo de apego seguro y la Tríada Oscura, una relación positiva entre el apego inseguro y la personalidad oscura y el grupo de varones puntuó más alto en dichos rasgos. Es importante establecer unos vínculos afectivos seguros en la infancia, ya que, los rasgos de personalidad oscuros se caracterizan por la incapacidad de vincularse emocionalmente con los demás siendo un predictor clave del apego inseguro y, por lo tanto, comprenden dimensiones de la personalidad socialmente aversivos.

Cerramos el número actual con una investigación que tiene como objetivo analizar el tipo de relación entre actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivos-compulsivos en adultos jóvenes. Metodológicamente, se trató de una investigación de campo, con diseño no experimental, transversal, de nivel descriptivo y modalidad correlacional. Finalmente, se develó que los participantes

presentaron creencias desadaptativas y obsesiones con respecto a la alimentación, el ejercicio y la figura corporal deseada, las cuales generan malestar significativo y a su vez comportamientos compulsivos.

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

Cómo citar este artículo:

Morales, J.A. (2023). El rol del orientador familiar en post-pandemia. Un acercamiento multidisciplinario. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 7-21. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1162.

EL ROL DEL ORIENTADOR FAMILIAR EN POST-PANDEMIA. UN ACERCAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

Jesús Alfredo Morales Carrero

Universidad de los Andes (Venezuela)

lectoescrituraula@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-8533-3442>

Resumen. La pandemia ocasionada por Covid-19 generó un giro drástico en los modos de relacionarse del ser humano en el contexto social y, específicamente, en lo que a convivencia familiar se refiere. Los resultados del confinamiento social indican que los niveles de frustración, estrés, violencia, depresión y maltrato psicológico-físico aumentaron drásticamente, repercutiendo significativamente sobre el funcionamiento familiar. En razón de estas condiciones, este ensayo como resultado de una revisión documental multidisciplinaria da cuenta del rol del orientador familiar en post-pandemia; según expone la literatura, a este profesional se le atribuye el asesoramiento holístico e integral, que le permita tanto a padres como a hijos construir un clima psicológico saludable, mediado por el entendimiento mutuo, la comprensión empática, la participación y el respeto; esto supone, el apoyo socioemocional y afectivo, en el que el orientador junto a los padres enfoquen sus esfuerzos en establecer redes de apoyo y cooperación que privilegien el adecuado equilibrio de la personalidad, la actuación autónoma e interdependiente y el desarrollo de la disciplina para adoptar hábitos saludables. En conclusión, frente a las condiciones de agobio, desgaste emocional, físico y social, el acompañamiento de la familia requiere educar socio-afectiva y emocionalmente para la adaptación flexible a las condiciones cambiantes, para el manejo resiliente de los desafíos y para afrontar positivamente las situaciones emergentes; esto exige generar redes de apoyo que fortalezcan las relaciones interpersonales y la gestión autónoma de las responsabilidades requeridas para participar de la construcción del clima psicológico que impulse el libre desenvolvimiento de la personalidad.

Palabras clave: orientación familiar, convivencia, personalidad, bienestar integral, calidad de vida.

THE ROLE OF THE FAMILY COUNSELOR IN POST-PANDEMIC. A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Abstract. The pandemic caused by Covid-19 generated a drastic shift in the ways of relating to human beings in the social context and, specifically, in terms of family coexistence. The results of the social confinement indicate that the levels of frustration, stress, violence, depression and psychological-physical abuse increased dramatically, having a significant impact on family functioning. Due to these conditions, this essay as a result of a multidisciplinary documentary review shows the role of the family counselor in post-pandemic. According to the literature, this professional is credited with holistic and comprehensive

counseling, allowing both parents and children to build a healthy psychological climate mediated by mutual understanding, empathic understanding, participation and respect; this supposes, the socio-emotional and affective support, in which the counselor together with the parents focus their efforts on establishing support and cooperation networks that favor the adequate balance of the personality, autonomous and interdependent performance and the development of discipline to adopt healthy habits. In conclusion, in the face of overwhelming conditions, emotional, physical and social exhaustion, the accompaniment of the family requires educating in a socio-affective and emotional way for flexible adaptation to changing conditions, for the resilient management of challenges and to positively face emerging situations; This requires generating support networks that strengthen interpersonal relationships and the autonomous management of the responsibilities required to participate in the construction of the psychological climate that encourages the free development of the personality.

Keywords: family orientation, coexistence, personality, comprehensive well-being, quality of life.

Introducción

Los cambios ocasionados por la pandemia que atraviesa la humanidad a nivel mundial, han traído consigo la transformación significativa de las relaciones interpersonales; en especial la familia debido a la prolongación de las medidas preventivas, se ha visto sumida en el deterioro de sus vínculos emocionales y socio-afectivos, así como por el afrontamiento de un dilatado confinamiento social con repercusiones negativas en la convivencia entre padres e hijos. Frente a este abrumador panorama, las acciones institucionales han enfocado sus esfuerzos en promover la inteligencia emocional, el uso de estrategias de adaptación al cambio y el desarrollo de habilidades para la vida, con el objetivo de garantizar el desenvolvimiento satisfactorio de los miembros de la familia.

Al respecto la CEPAL-UNESCO (2020), plantea que el impacto psicológico y socio-emocional ocasionado por el confinamiento prolongado ha reafirmado la importante labor del orientador familiar, como el profesional encargado de ofrecer apoyo psico-social que coadyuve con la disposición para “responder a la diversidad de situaciones que cada familia y comunidad enfrentan; lo cual exige garantizar el bienestar psicológico, social y emocional, así como desarrollar habilidades vitales de adaptación y resiliencia” (p. 14). Esta posición es igualmente compartida por la psicología humanista, la cual deja ver la necesidad de aportar los recursos que impulsen el adaptarse, desplegar sus competencias sociales y emocionales para funcionar mejor, permanente y de manera continua” (Artiles., et al. 1995).

En virtud de lo anterior, la figura del orientador familiar surge como un actor asociado con el asesoramiento integral, pues dadas sus cualidades profesionales se le asume capaz de percibir, ayudar y ofrecer alternativas estratégicas que cooperen con la resolución de conflictos, así como en la construcción del clima psicosocial en el que padres e hijos logren el entendimiento necesario para convivir, relacionarse y afrontar los desafíos generados con la aparición de la pandemia; al respecto Valdés (2007) afirma que la dinámica a la que se enfrenta la familia no solo amerita aprender a sobrellevar lo que sucede en el entorno del que se es parte sino adoptar una serie de cambios y tareas de las que depende la estabilidad y el equilibrio psicológico, entre las que se precisa “el estrés inesperado, la frustración, la dependencia emocional y las dificultades para establecer lazos comunicativos” (p.35).

Desde la perspectiva de Fromm (2014), la vida familiar y social requiere en la actualidad mayores posibilidades de interacción, como el proceso sobre el que fundamenta el entendimiento y el desarrollo del sentido de comunidad, en el que cada

uno de sus miembros valiéndose de su razón y del uso de la conciencia logre descubrir la importancia operativa del uso de ciertos valores que definen la convivencia, entre los que se menciona “el cuidado mutuo, la responsabilidad y el respeto” (p. 27). Esto supone, fomentar una valoración positiva de sí mismo como de quienes integran su entorno, como factores desencadenantes de autoestima positiva y del autoconcepto necesario para desplegar habilidades integrativas asociadas con: el fortalecimiento de vínculos, actuaciones inteligentes y la competitividad para proceder frente a los cambios emergentes.

Según la psicología social, el asesoramiento a padres e hijos en tiempos de crisis, requiere motivar el optimismo y las competencias socioemocionales necesarias para lograr convertirse en agente activo, capaz no solo de recibir ayuda sino de ofrecer apoyo a los demás; esto supone la adopción de nuevos roles y actitudes responsables que impulsen al individuo en crecimiento, a flexibilizar su disposición al cambio, haciéndose se este modo, más independiente y autónomo (Myers, 2003). En atención a estos requerimientos, este ensayo aborda el rol del orientador familiar en tiempos de post-pandemia, dejando ver su pertinencia en la consolidación de relaciones psicológicas positivas, en las que prime la calidez afectiva y socioemocional, así como el desarrollo pleno de la personalidad.

El rol del orientador familiar en post-pandemia

La crisis multidimensional y multifactorial ocasionada por Covid-19 ha generado todo un giro en los modos como se relaciona la humanidad; la familia como núcleo social en el que se desarrollan competencias sociales, afectivas y emocionales se ha visto trastocada en su dinámica funcional, pues la convivencia prolongada como condición generalizada no solo ha motivado la emergencia de conductas y comportamientos con implicaciones negativas en el clima psicológico positivo, sino que la escasa formación en el manejo, gestión y regulación de las emociones ha propiciado el deterioro de los vínculos entre padres e hijos (Morales, 2020a).

Frente a este escenario, la orientación familiar se posiciona como el proceso de asesoramiento consistente en abordar las situaciones y conflictos que por sus implicaciones tienden a acrecentar la disfuncionalidad, poniendo en riesgo el bienestar integral y la calidad de vida de la familia. Parafraseando a Lafarga (2016), la actuación del orientador en la actualidad gira en torno al desarrollo de competencias sociales y habilidades para la vida, que le aporten a las relaciones interpersonales mayor asertividad, pero además, mayores posibilidades para integrarse armónicamente en torno al manejo de conflictos que emergen con la cotidianidad.

De este modo, el acompañamiento familiar toma especial importancia, al constituirse en un proceso que pretende generar nuevas y satisfactorias posibilidades para enfrentar creativamente las situaciones cotidianas desde el descubrimiento de habilidades personales que impulsen no solo bienestar y crecimiento integral, sino el desarrollo de recursos propios en función de los cuales operar con mayor apertura, inteligencia y autoconocimiento. Según Garriga (2020), el rol del orientador familiar involucra actividades importantes tales como “construir los mejores lugares para crecer y aprender a relacionarse, a dar y recibir, a limar la asperezas y conocernos mejor a nosotros mismos” (p.22).

Una revisión de los aportes de la psicología, indican que la familia como factor de socialización primaria, es la responsable de promover estilos de vida sanos que involucren el sentimiento social, la inteligencia emocional y la adopción de actitudes cooperativas,

como rasgos esenciales que redundan en torno a disposición del sentido de comunidad, el cual extraña la flexibilidad para integrarse socialmente y canalizar esfuerzos en actividades comunes. Según propone Cloninger (2003), el logro de estos propósitos resulta de hogares psicológica, afectiva y emocionalmente estables, en los que prima la confianza y la seguridad, factores que influyen en el despliegue de la empatía, el altruismo y “el interés social por el bien común, el bienestar personal, el desarrollo individual y la convivencia en condiciones de cooperación con otras personas” (p. 122).

En este sentido, el rol del orientador familiar involucra actividades diversas asociadas con el abordaje de las contradicciones y desencuentros entre padres e hijos, a los que se les denomina procesos críticos que dan cuenta de los desajustes psicosociales que requieren ser intervenidos en un intento por satisfacer las necesidades propias de cada miembro de la familia, ayudándoles a lograr que se sientan bien consigo y con los que integran su entorno inmediato. En otras palabras, asesorar a la familia para que cumpla sus objetivos individuales y colectivos supone llevarlos a descubrir sus propósitos personales mediante la adopción de estrategias vinculadas con la inteligencia emocional y el re-aprendizaje que permita el ajuste de comportamientos negativos que impiden el desarrollo pleno de la personalidad.

En virtud de lo expuesto, la construcción de un clima psicológico positivo se considera indispensable, pues es a través de éste que se da la evolución tanto personal como colectiva, en la que el individuo consigue desarrollar el autoconocimiento y la autodeterminación que lo predispone para enfrentar los desafíos cotidianos; esto refiere implícitamente a la definición de su carácter, autoestima y su propio ser personal, en función del cual actuar de manera responsable, tolerante y con la flexibilidad para reformular su conducta en atención a las necesidades propias de la realidad. Este desafío refiere al acompañamiento especializado como el proceso de cambio multidimensional que busca fomentar el desarrollo de la regulación emocional para gestionar los conflictos apropiadamente.

Parafraseando a Fromm (2014), es a través de la orientación productiva de la familia que se logra el fortalecimiento de los lazos emocionales y el alcance de la madurez socio-afectiva que impulse la capacidad de lograr el entendimiento necesario entre padres e hijos. Esto significa, conducir a cada miembro de la familia a descubrir sus dificultades, debilidades y potencialidades, como el proceso que busca el despertar de la conciencia sobre los aspectos a corregir, comportamientos que deben mejorarse y conductas que deben transformarse en pro de consolidar mayores posibilidades de convivencia familiar.

Esto plantea instar a padres e hijos para que asuman el papel activo de co-construir un ambiente positivo, en el que se privilegie la interdependencia y las relaciones adaptativas que maximicen las posibilidades de crecer y desarrollar una multiplicidad de dimensiones asociadas con el bienestar integral, entre las que se precisan: disposición cognitiva para valorar los aspectos positivos de cada experiencia, flexibilidad para afrontar los cambios e incrementar las posibilidades de éxito e identificar situaciones que por su potencialidad amplían las oportunidades para comprender el mundo desde la empatía, el altruismo y la resiliencia, como elementos que favorecen el manejo de comportamientos hostiles y enfrentamientos producto del dilatado confinamiento social.

Dicho de otra manera, es tarea del orientador familiar motivar experiencias individuales y grupales, en las que padres e hijos logren en uso de la comunicación asertiva y del diálogo simétrico, expresar los aspectos que les aquejan, así como la definición de funciones, roles y actividades que desde su propia percepción consideran deben ser adoptadas en un intento por garantizar el equilibrio psicológico y la disposición para enfrentar la vida de manera realista. Para ello, como lo reitera Fromm (2014), se

requiere la creación de vivencias en las que tanto padres como hijos logre “hablar de su propia vida, de las esperanzas y angustias, y mostrar sus propios intereses” (p. 42).

Según propone la psicología humanista, el rol del orientador familiar entraña como aspecto fundamental, el fortalecimiento de la comprensión empática entre los miembros de la familia, proceso al que se entiende como la percepción sensible que favorece el reconocimiento de las emociones y sentimientos que expresa cada miembro; de allí, que se asuma como parte de las estrategias: la escucha activa y la comunicación clara, a través de las cuales entender los puntos de vista, favorecer la exploración y dar lugar al descubrimiento de los elementos causales que demandan puntualmente ser abordados (Rogers, 1996). Esto no supone, en modo alguno, la emisión de juicios sino por el contrario, deducir procesos psicológicos desde una posición auténtica y sin fingimiento, que favorezca la percepción genuina de un clima de confianza en el que fluyen emociones positivas y negativas.

Lo anterior atribuye al orientador, el rol de guiar a los miembros de la familia a la comprensión de su proceso emocional frente a una serie de eventos que por sus implicaciones psicológicas tienden a influenciar negativamente la forma de actuar y proceder positivamente frente a situaciones futuras. De allí, la importancia de comprender sistémicamente no solo al individuo sino su relación con los demás, en un intento por deducir los modos como se dan las interacciones comunicativas, actuaciones y actitudes a partir de las cuales precisar posibles acciones de asesoramiento profesional. Según propone Ortiz (2008) el orientador familiar debe extender su actuación holística al “análisis individual, que no supone la separación del sujeto del grupo al que pertenece, sino más bien asumirlo como parte de una totalidad que se relaciona y condiciona” (p. 56).

En este sentido, el acompañamiento familiar y la resolución de sus problemas demanda el entendimiento de la estructura y funcionamiento adoptado por cada familia, así como identificar cómo el modelo en el que se encuentran inserto ha determinado la emergencia de nuevas actuaciones o el reforzamiento de comportamientos que se van fortaleciendo y, en ocasiones reproduciendo hasta el punto de normalizarse inconscientemente. Enfrentar este panorama desde el enfoque sistémico de la orientación supone trascender de a focalización exclusiva en la familia a la revisión del contexto socio-cultural para alcanzar una comprensión integral, a partir de la cual ofrecer alternativas asertivas de acción.

En tiempos de post-pandemia, orientar desde esta perspectiva requiere la construcción de un clima de interacción positivo, en el que padres e hijos se sientan en libertad y en igualdad de condiciones para intercambiar posiciones, definir dificultades y potenciales cambios en los que cada miembro de la familia debe “manifestar su compromiso con el mismo, puesto que se trata de ayudar a la familia a cambiar, pero más allá de eso, de encontrar las alternativas a lo que está sucediendo” (Ortiz, 2008, p. 60).

Desde la perspectiva de la psicología familiar, la organización funcional responde a uno de los propósitos igualmente compartidos por la orientación, que procura reducir los niveles de tensión mediante el manejo y gestión emocional; lo cual implica, entre otras cosas, el desarrollo del sentido de la responsabilidad en la adopción de comportamientos positivos, de hábitos saludables y de actitudes de cooperación que impulsen no solo proyectos de vida individuales sino colectivos. Esto refiere a la necesidad de promover el autoconocimiento que derive en el ajuste y cambio de “actitudes que insten a cada miembro de la familia a asumir sus responsabilidades, a racionalizar lo adecuado de lo que no lo es y a cumplir con el rol que le corresponde” (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2005, p. 17).

Esta posición refiere a intervenciones estratégicas que no solo aporten soluciones a los problemas familiares, sino que generen experiencias que ayuden a cada uno de sus miembros a desarrollar competencias socio-emocionales que coadyuven con la ruptura de modelos de relación nocivos, haciéndolos conscientes de los efectos y posibles consecuencias; esto refiere al acompañamiento sistemático en el que se logre la reformulación de patrones de conducta perniciosos e identificar problemáticas asociadas con la convivencia y el entendimiento mutuo. Este proceder demanda el abordaje de patrones familiares permisivos y excesivamente democráticos que pudieran derivar en patógenos, imposibilitando el desenvolvimiento de la autonomía y responsabilidad necesaria que permitan afrontar con éxito la realidad (Maggio, 2020; Morales, 2020c).

Al respecto, la orientación educativa ha planteado que la dinámica actual en la que persisten relaciones de dependencia socio-emocional y afectivas, requiere la creación de condiciones psicosociales que desde el punto de vista individual y colectivo aporten las estrategias asociadas con el diálogo y la comunicación asertiva, en la que los individuos en formación logren superar las privaciones afectivas y aprender a manejar las crisis que pudieran generar estrés, frustraciones y posibles traumas (Morales, 2020a). En tiempos de post-pandemia, esto implica fomentar el despliegue de capacidades para reforzar la estima, la seguridad y la “confianza en sus propios recursos y el propio equilibrio psicológico” (Nardone, Giannotti, y Rocchi, 2005, p. 28).

En virtud de lo expuesto, el orientador familiar debe enfocar sus acciones de atención en garantizar el desarrollo normal del niño y el desenvolvimiento coherente de la personalidad, lo cual implica, maximizar las atenciones afectivas que le aporten las estrategias de bienestar y la calidez necesarias para sobrellevar los cambios, así como el acelerado dinamismo con el que se va transformando la realidad. Dicho de otra manera, se trata de lograr una sólida y coherente estabilidad emocional, que garantice la organización oportuna de la estructura familiar, en la que cada uno de los miembros responda activamente a la tarea de “anticipar las situaciones, construir repertorios, mapas, sistemas perceptivo-cognitivos para afrontar las diversas circunstancias de la vida” (Nardone, Giannotti, y Rocchi, 2005, p. 32).

Este cúmulo de competencias se encuentran asociadas con el sentido de apertura hacia la búsqueda de apoyo, ayuda y asistencia en medio de situaciones complejas que demandan la intervención especializada del orientador; al respecto Bisquerra y Pérez (2007) proponen que el desarrollo de la consciencia emocional y el autoconocimiento, corresponden a factores necesarios para identificar emociones positivas y negativas, así como impulsar estrategias para regular y gestionar los sentimientos y pensamientos mediante el “acceso y apropiación de los recursos disponibles y apropiados, que permitan relacionarse e interactuar de forma efectiva con los demás” (p. 8).

Parafraseando a Morales (2021), dadas las condiciones de confinamiento social que aún perduran, la ayuda a la familia debe abordar aspectos específicos como la atribución de los deberes y responsabilidades que le corresponden a cada miembro, es decir, indicarles cuáles son sus deberes cotidianos, las tareas que debe cumplir y cómo afrontarlas exitosamente. Interpretando a Nardone, Giannotti, y Rocchi (2005), algunas áreas que se deben abordar en tiempos de incertidumbre son:

Consolidar la disposición y flexibilidad de adaptación al cambio, que ayuden en el libre desenvolvimiento del carácter y la personalidad.

Generar experiencias que incentiven el fortalecimiento de la interdependencia, la empatía y la cooperación en la realización de las actividades cotidianas.

Motivar procesos vivenciales que conduzcan a la exploración de habilidades y al descubrimiento de facultades que hagan “emerger la adquisición de confianza en los propios recursos personales” (p. 38).

Interpretando a Morales (2020b), el orientador en su tarea de ayudar en la organización funcional de la familia, debe procurar la definición de normas tanto explícitas que reflejen comportamientos deseados, modos de interacción que conserven la estabilidad emocional, así como el mantenimiento de la unidad a lo largo del tiempo mediante la promoción de relaciones permanentes, en los que se evite la confrontación y el maltrato en sus diversas manifestaciones. Este proceder se entiende desde la intervención preventiva, como el acuerdo entre padres e hijos en un intento por comprender mutua y abiertamente pautas de comportamiento que guíen “la convivencia, la asignación de actividades, responsabilidad en ciertos papeles y de expresión de necesidades personales” (Valdés, 2007, p. 26).

Lo dicho refiere entre otros aspectos, al asesoramiento en la dimensión comunicativa a través de la cual sea posible no solo compartir emocional y socio-afectivamente, sino promover el sentido de apertura que permita a cada miembro de la familia ubicarse en el lugar del otro, ofreciendo apoyo mutuo desde una posición empática que fortalezca el mantenimiento adecuado del orden, la autonomía de cada miembro y la independencia necesaria para resolver problemas, aprovechando las oportunidades en función de las cuales maximizar las posibilidades de afrontar los conflictos. En este sentido, orientar a la familia implica darle funcionalidad a las relaciones de cooperación en pro de propósitos comunes, lo cual supone, dimensionar la cercanía afectiva y el sentido de la responsabilidad, como impulsores de la salud psicológica y de bienestar integral.

Visto lo anterior, el rol del orientador familiar debe entenderse como un proceso multidimensional consistente en definir el lugar que ocupan tanto padres e hijos, motivando el desenvolvimiento de relaciones posibles entre ellos, hasta lograr el orden necesario que potencie la funcionalidad de la familia. Según indica Valdés (2007), esto supone guiar a través del acercamiento informativo que permita “estructurar y cambiar los roles auto-asignados y asignados a los miembros del sistema familiar sin el apego a los principios que definen el desempeño efectivo” (p. 38).

Lo planteado refiere a la búsqueda de mayores posibilidades de calidad de vida sustentado en la flexibilidad para manejar las transformaciones que se derivan de las relaciones sociales, las cuales, además de demandar la disposición para aprender continuamente, también exigen el desarrollo de competencias socio-personales, entre las que se precisan “la autoconfianza, control del estrés, asertividad, responsabilidad, empatía y capacidad de prevención y solución de conflictos” (Bisquerra y Pérez, 2007, p. 4). Estas competencias como determinantes de la vida en sociedad y, en especial de la familia, sugiere la atención focalizada hacia la autogestión como proceso psicológico que impulsa las posibilidades de adaptabilidad, manejo de conflictos y el establecimiento de vínculos sólidos que estrechen las relaciones con los demás.

De este modo, el orientador familiar debe ser capaz de guiar a padres e hijos hacia la consolidación de la autoeficacia para ajustar sus respuestas emocionales en atención a las exigencias de la denominada nueva normalidad, frente a la cual es posible actuar mediante la gestión de estrategias asociadas con la reciprocidad, el manejo de los sentimientos, la fijación de objetivos adaptativos y susceptibles de ajuste y el uso de la comunicación tanto receptiva como expresiva, en las que se privilegie el manejo del vocabulario positivo, asertivo y sustentado en la empatía. Desde la perspectiva de Muñoz (2017) privilegiar el manejo asertivo de los problemas, exige fomentar “la capacidad para seleccionar las situaciones relevantes que por su recurrencia requieren profundizarse, en un intento por deducir posibles soluciones” (p.70).

Según propone Corkille (2010), el asesoramiento familiar como proceso de atención holística busca favorecer el libre desenvolvimiento de la personalidad, mediante el fortalecimiento de la confianza interna y la autoestima, como aspectos de los que depende el ejercicio pleno de las relaciones significativas y constructivas que se requieren para mitigar las implicaciones de las crisis; de allí, que el compromiso se encuentre en “ayudar a la familia en el proceso de alcanzar sus metas, especialmente en momento de tensión, en los que se hace perentorio elevar las posibilidades de triunfar como parte del funcionamiento pleno” (p. 12).

Por consiguiente, se trata de generar las condiciones psicológicas y sociales en las que el niño logre sobrellevar oportunamente los conflictos emergentes y los cambios drásticos, con el propósito de prepararlo para afrontar futuras situaciones que demandan su estabilidad, integridad y creatividad; esto supone, la atención focalizada hacia el abordaje de las necesidades asociadas con el bienestar emocional, el cual involucra lograr el desarrollo de una vida plena y gratificante, que responda a las condiciones de crecimiento óptimo.

Es preciso afirmar entonces, que el orientador familiar debe procurar el desarrollo mental teniendo como base la creación de vínculos consistentes y estrechos, que le posibiliten a padres e hijos adquirir consciencia sobre el manejo no solo de sus sentimientos sino del despliegue de su dimensión cognitiva que le permita continuar aprendiendo; esto significa, potenciar la curiosidad, el libre pensamiento y descubrimiento de habilidades que pudieran impulsar el afrontamiento coherente de las situaciones cotidianas relacionadas con la convivencia, pero además, con las exigencias académicas que demandan su disposición cognitiva para ser resueltas con éxito.

Parafraseando a Morales (2021), la post-pandemia ha generado la emergencia de nuevas necesidades o, al menos, el reforzamiento de las necesidades asociadas con el dominio y la realización, las cuales giran en torno a la gestión de sí mismo y del entorno en el que se hace vida; esto sugiere, aprender a gestionar el éxito y el fracaso, lo cual involucra un elevado sentido de apertura y flexibilidad para verse a sí mismo, determinar el propio funcionamiento y conocer el potencial del que se dispone para enfrentar los desafíos que emergen cotidianamente. Desde la perspectiva de la CEPAL-UNESCO (2020), es tarea del orientador familiar enfocar sus esfuerzos en dimensiones específicas, entre las que precisa: el aprendizaje socioemocional y autónomo, el autocuidado, el trabajo cooperativo y en equipo, el desarrollo cognitivo, la participación activa en el manejo de situaciones cotidianas y la disposición adaptativa para enfrentar los cambios.

En palabras de Bisquerra (2011), el acompañamiento familiar pertinente debe responder a las siguientes dimensiones:

Inteligencia cotidiana. Esta involucra el manejo de las actividades comunes que determinan la convivencia, entre las que se puntualizan: el cumplimiento de tareas, funciones y roles que ayudan en la consolidación de un clima psicológico positivo.

Solución de problemas prácticos que potencien y ejerciten el trabajo creativo e innovador, así como el despliegue de habilidades y competencias para la vida.

Reconocimiento de posibles problemas. Esta actitud supone formular estrategias y gestionar soluciones que beneficien al grupo familiar.

Lo dicho debe entenderse como la necesidad de insertar a la familia en el ejercicio de la inteligencia social, que posibilite la adopción de comportamientos sensibles, comunicativos y de comprensión social, así como adaptabilidad y apertura a nuevos cursos de acción determinados por dinamismo que permea la realidad. Estas competencias sociales involucran el manejo de la inteligencia interpersonal e intrapersonal como potenciadoras de la salud integral que favorece el mantenimiento de

las relaciones padres e hijos en un ambiente de respeto, ausente de riesgos y positivo en lo que refiere al desarrollo autónomo e integral de la personalidad.

Este desafío implica fomentar habilidades de afrontamiento en la que padres e hijos logren aprender a manejar las emociones negativas a través del uso efectivo de estrategias de autorregulación que no solo resuelvan la intensidad y el impacto drástico ocasionado por los cambios recurrentes, sino el abordaje positivo de la impulsividad, la ansiedad y la frustración desde una actitud resiliente que ayude a mitigar las implicaciones psicológicas, sustituyéndolas por estados emocionales en los que el sujeto aprenda a fluir con las circunstancias, aprovechando cada experiencia para dimensionar la calidad de vida.

Esto supone en tiempo en los que prima la tensión social, guiar a padres e hijos en el compromiso de adaptarse a la nueva realidad mediante la generación de un clima de afecto, amor y con especial énfasis en la interacción social como determinantes de la salud mental positiva, que busca impulsar fortalezas únicas en los sujetos; orientar a la familia implica entonces, motivar estilos de vida que le aporten consistencia al desarrollo de la personalidad, para lo cual se considera fundamental insertar tanto a padres como a hijos en la exploración de sus potencialidades y capacidades que redunden no solo en el logro de metas benéficas personales sino colectivas.

En virtud de lo expuesto, el rol del orientador debe involucrar el descubrimiento y la atribución de significado a las situaciones por las que cada miembro de la familia atraviesa, pues las condiciones de confinamiento prolongado han ocasionado la emergencia de emociones negativas asociadas con la depresión, el estrés y ansiedad, que demandan el monitoreo sistemático de riesgos y la valoración conjunta de las dificultades y obstáculos personales que potencialmente pudieran vulnerar el bienestar integral y la salud mental de los más susceptibles. Frente a este escenario, el orientador debe impulsar la apertura cognitiva que favorezca el aprendizaje socioemocional (Morales, 2020a) el cual consiste en explorar los estados emocionales propios para deducir los aspectos que requieren especial atención y, de los que depende el establecimiento de vínculos de ayuda mutua, el intercambio de puntos de vista y el abordaje en conjunto de las situaciones que cotidianamente se vivencian.

Esta disposición cognitiva es vista por la psicología humanista, como el resultado de la convivencia en un clima de confianza y comprensión, en el que cada miembro de la familia debe responsabilizarse por la generación de apreciaciones e interpretaciones saludables que redunden en torno a la aceptación del otro; este contexto supone, entre otros aspectos, la posibilidad de establecer relaciones comunicativas apropiadas y el desarrollo de vínculos empáticos con los demás (Artiles., et al. 1995). Los autores indican, que la orientación debe ser asumida como un proceso motivador enfocado en varias direcciones: por un lado, como el modo de lograr el mejoramiento de la condición humana mediante la potenciación de su funcionamiento y, por el otro, una posibilidad para lograr la adaptación mediante “el desarrollo de habilidades y competencias para operar de manera óptima sobre la realidad” (p. 251).

Según propone Llavona y Méndez (2012), el asesoramiento familiar como proceso vinculado con el desarrollo humano, procura la formación personal integral de los padres como requerimiento para lograr el desenvolvimiento autónomo de los hijos a lo largo del ciclo vital. Esto significa, el abordaje de las siguientes dimensiones:

Construir un ambiente positivo en el que se privilegie el apoyo afectivo mutuo y la empatía.

Promover el manejo emocional, el control de los impulsos y los sentimientos.

Fomentar el respeto y el reconocimiento de las particularidades individuales a sociadas con la personalidad.

Motivar la consolidación de contextos estimulantes que posibiliten el sentido de apertura al cambio, de adaptabilidad a las nuevas condiciones y la adopción de hábitos positivos asociados con: la autonomía personal, la disciplina y el compromiso con la convivencia pacífica.

Lo expuesto indica que lograr el funcionamiento pleno de la personalidad en tiempos de post-pandemia, supone lograr el crecimiento integral y la seguridad personal que posibiliten la emergencia de habilidades para resolver problemas así como la espontaneidad para lograr creativamente adaptarse a la nueva normalidad (Sandoval, 2009). Lograr estos propósitos exige que el proceso de orientación familiar gire en torno al desarrollo de la autonomía personal, la cual según Bisquerra y Pérez (2007) asocian con el fortalecimiento de actitudes positivas ante la vida, que les permita a padres e hijos la autogestión individual en dimensiones tales como:

Autoestima. Fortalecer la percepción propia se considera fundamental en momentos críticos como los que atraviesa la humanidad, pues se considera que el autoconcepto define el modo como fluyen las relaciones intrapersonales e interpersonales.

Automotivación. Precisar objetivos alcanzables e implicarse emocionalmente con estos constituye un modo efectivo para sobrellevar las dificultades, la desmotivación y el desánimo. De allí, que sea necesaria la creación de una rutina de actividades en las que tanto padres como hijos se mantengan adheridos a tareas específicas que demanden la integración de esfuerzos y de lazos de cooperación en su consolidación.

Actitud positiva. El asesoramiento profesional debe involucrar el cambio de hábitos buenos por otros con mayor beneficio, que cooperen con la adopción de una postura positiva ante las circunstancias, a las cuales deberá asumir como desafíos y oportunidades para crecer.

Responsabilidad. Como parte del desenvolvimiento autónomo e independiente, el acompañamiento familiar demanda la valoración de comportamientos, de los riesgos e implicaciones que pudieran derivarse de la toma de decisiones acertadas o no.

Autoeficacia emocional. Refiere a la capacidad para valorar el alcance y potencial propio, del que depende su disposición efectiva para implicarse en el cumplimiento de propósitos individuales y colectivos.

Lo expuesto debe asociarse con la construcción conjunta del proyecto de vida colectivo y personal, en el que cada miembro de la familia defina propósitos, metas e intereses que conduzcan a su realización plena y a la atención holística de sus necesidades. Esto sugiere, entre otros aspectos la potenciación de las facultades, talentos y destrezas para garantizar el funcionamiento positivo de las relaciones de convivencia, las cuales deben garantizar no solo diferentes alternativas de crecimiento multidimensional sino el cumplimiento de metas vinculadas con una vida digna y en condiciones de estabilidad socioemocional (Camps, 2000). Orientar a la familia exige entonces, promover competencias sociales que mejoren los vínculos e interacciones entre padres e hijos, lo cual plantea el dominio de habilidades fundamentales como: la comunicación efectiva-assertiva, la escucha activa y la comprensión empática, compartir emociones en condiciones de confianza y con actitud dialogante.

Optimizar las condiciones de convivencia familiar, responde a una función medular que entraña asesorar para la vida y la consolidación del bienestar integral, objetivo ampliamente asociado con el logro de avances significativos que de modo progresivo ayuden a organizar de manera sana y equilibrada las prioridades personales; esto implícitamente refiere al desenvolvimiento de actitudes valorativas y críticas que ayuden a jerarquizar necesidades e identificar los recursos potenciales que deben destinarse para su consolidación. Este esfuerzo personal se vincula con el desarrollo

autónomo y la capacidad para autogestionar el bienestar propio que coadyuve en el compromiso de alcanzar una vida plena y en armonía.

Desde una perspectiva psicosocial, la orientación familiar como proceso preventivo constituye un medio para la transformación de las condiciones de vida, al poner a disposición de padres e hijos alternativas de cambio respecto a las circunstancias presentes, instándolos a prever posibles factores de riesgo que pudieran hacer insostenible las relaciones de convivencia; de allí, que Montero (2004) proponga el abordaje de las contradicciones y limitaciones familiares, mediante la promoción de la educación emocional que dimensionen las capacidades para “detectar necesidades, superar situaciones negativas y disponer de los recursos para lograr el rol activo de comprender el mundo y las nuevas exigencias en que se vive” (p. 126).

Según propone Cloninger (2003), parte de las acciones de asesoramiento familiar que se deben emprender en tiempos de caos e incertidumbre, se encuentran asociadas con “la adaptación y el ajuste del individuo a las demandas de la vida; esto implica lidiar no solo con las demandas del contexto sino las oportunidades que brinda el ambiente” (p. 9). Para ello, se considera imprescindible que los destinatarios de la ayuda profesional sean orientados hacia la reformulación de sus modos de pensar y el cambio de patrones culturales que permitan el descubrimiento de capacidades, en función de las cuales lograr satisfacer las metas y objetivos personales.

Parafraseando Corkille (2010), es en escenario familiar en el que se aprende inicialmente la gestión de las situaciones cotidianas por las que atraviesa el ser humano; de allí, la importancia de educar para el manejo de las emociones y sentimientos, lo cual supone familiarizar a los padres con la percepción de los estados emocionales por los que atraviesan los hijos, ayudándoles a aceptarlos, expresarlos y no reprimirlos. Estas condiciones propias de la actualidad, exigen del orientador familiar acercarse al sujeto al uso de acciones de intervención tales como: la escucha activa en la que se compartan vivencias, experiencias y dificultades, sin dejar de ofrecer alternativas sobre cómo afrontar cada situación; evitar la emisión de juicios y sí la sugerencia sobre la reparación de comportamientos y el ajuste de conductas negativas; buscar conjuntamente orientador-familia, la deducción de causas, razones y posibles consecuencias de hábitos que pudieran atentar contra la convivencia pacífica y armónica.

A lo anterior se agrega, la disposición de la familia para lidiar con las cargas emocionales y los sentimientos negativos desde una actitud resiliente, que prepare a padres e hijos para ver en cada situación frustrante la posibilidad para aprender, de reconducir y reformular sus planes, de ajustar objetivos a las situaciones cambiantes como respuestas adaptativas que les posibilitarán actuar frente a los desafíos de un mundo sumido en la transformación recurrente. Interpretando a Zorrilla (2007), se trata de habilitar a cada miembro de la familia para comprender el sentido de cada obstáculo y dificultad, en las cuales identificar potenciales oportunidades de crecimiento que aporten satisfacción y autorrealización tanto a padres como a hijos. Esto visto desde la psicología humanista no es más que orientar a la familia para aprovechar las crisis como el momento propicio para descubrir cualidades y virtudes que ayuden en el proceso de trascender hacia el desarrollo armónico y equilibrado de la personalidad.

Por tal motivo, es necesario asumir a la familia como un sistema abierto y en recurrente transformación, condiciones que exigen la facilitación de acciones que desde una visión amplia, holística y sistémica ayuden en el abordaje de los principales problemas entre padres e hijos, entre los que se precisan: dificultades para gestionar las emociones y romper con las trabas comunicativas, imposibilidad para regular los sentimientos y manejar las diferencias desde una posición conciliadora, capaz de abrir las posibilidades para impulsar cambios que redunden en la salud mental positiva. Según

propone Montero (2004), lograr condiciones óptimas de bienestar tanto en padres como en hijos, requiere intervenciones en las que se privilegie “el respeto, la participación de los interesados y el reconocimiento del pluralismo de intereses, propósitos y modos del ver el mundo” (p. 64).

Los planteamientos de la psicología social dejan ver, que es en el escenario familiar en el que se impulsa el bienestar integral, por asumirse como “una fuente de afecto, simpatía, de seguridad, comprensión y de reforzamiento, un lugar para experimentar y un punto de apoyo para lograr la autonomía e independencia” (Myers, 2003, p.33). Esto implica, entre otros aspectos, la promoción de hábitos responsables asociados con la salud y la higiene, que garanticen las condiciones de asepsia y el manejo de las normas sanitarias necesarias para garantizar el resguardo de la familia.

En atención a lo planteado, parte de las competencias del orientador familiar se encuentran asociadas con la continuidad en los procesos de aprendizaje, en los que mediante el acuerdo entre padres y docentes, se privilegie la enseñanza de medidas preventivas, se promueva la adopción de hábitos y rutinas que potencien las condiciones de seguridad sanitaria. Esto significa, organizar y estructurar estilos de vida que protejan la salud tanto física como mental; lo cual, a su vez refiere al compromiso de guiar a los padres en la tarea de cooperar no solo en el cumplimiento de las actividades académicas, sino en fomentar el manejo resiliente de las crisis, el intercambio de experiencias y el apoyo psicosocial necesario para gestionar positivamente el estrés y la emergencia de emociones negativas.

Por ende, el acompañamiento familiar en tiempos críticos como los vivenciados, demanda focalizar esfuerzos en torno a:

1. La elevación de la autoestima tanto de padres como de hijos, pues desde el punto de vista psicológico, una persona con débil autoconcepto es más propensa a adoptar pensamientos y sentimientos negativos, así como la sensación de incompetencia y la propensión al incumplimiento de las obligaciones cotidianas.
2. El fomento de valores como la tolerancia, el respeto a la dignidad humana y el reconocimiento mutuo, a partir de los cuales lograr mayores niveles de aceptación, corrección de comportamientos y ajuste de conductas nocivas, que impidan el reforzamiento emocional necesario para lograr la superación personal y el bienestar integral de la familia.
3. La promoción de experiencias en las que se privilegie el altruismo, la cooperación, la empatía y la resiliencia, como actitudes que dimensionan la capacidad para recibir y brindar apoyo, y resolver problemas a través del apoyo recíproco que reduzcan la vulneración de la integridad psicológica, así como el deterioro de las relaciones que sustentan la convivencia positiva.

En resumen, el acompañamiento a padres e hijos en momentos cruciales como los que atraviesa la humanidad, supone fortalecer las relaciones comunicativas y el incremento de la calidad afectiva y emocionalmente, con el propósito de motivar vínculos positivos que contribuyan con la superación de los conflictos y la articulación de esfuerzos en torno a la consolidación de escenarios propicios psicosocialmente para el desarrollo de la personalidad. Esto implica, aportar las estrategias necesarias para generar la participación activa, el compromiso y la flexibilidad para que los miembros de la familia se adapten a los cambios, así como “aumentar la capacidad para dar respuestas propias y gestionar su propia realidad” (Garriga, 2020, p. 18).

Discusión y conclusiones

Orientar a la familia en la actualidad constituye un desafío complejo asociado con la reconciliación y el encuentro de padres e hijos en una relación de cooperación sinérgica, de ayuda mutua y de apoyo afectivo, en el que se logre la consolidación de una vida organizada, generadora de posibilidades de desarrollo holístico, equilibrio y bienestar. Esto refiere a la orientación familiar como un campo fructífero para impulsar el crecimiento humano multidimensional, al aportar las estrategias comunicativas y dialogantes que redunden en la consolidación de relaciones interpersonales e intrapersonales que faculten a padres e hijos para actuar positiva y coherentemente en el contexto social.

En función de lo planteado, se logra precisar que el rol del orientador familiar en tiempos de post-pandemia, gira en torno al desenvolvimiento positivo de la personalidad, al proveer el interés por el bienestar integral y la calidad de vida, cometidos que giran en torno a la adopción de estilos saludables de convivencia, en los que prime el manejo de los conflictos y los obstáculos como desafíos para crecer multidimensionalmente; ello implica, fortalecer el sentimiento de comunidad y la flexibilidad para afrontar con actitud positiva los cambios emergentes. Esto supone, guiar tanto a los padres en el proceso de consolidar ambientes estimulantes para sus hijos, en los que se fortalezcan valores como la autonomía, la interdependencia y el respeto, pero además, la comunicación simétrica y la actitud dialogante que motive el abordaje de los conflictos mediante la unificación de esfuerzos fundados en la cooperación.

En otras palabras, asesorar a la familia como parte de las funciones del orientador, involucra fortalecer las relaciones entre padres e hijos, en las que se logre el entendimiento mutuo, el manejo y la gestión de las divergencias, y el afrontamiento desde la inteligencia emocional de factores de riesgo asociados con: el desconcierto, la tensión, la ansiedad y el estrés, como los responsables del deterioro de las relaciones intrapersonales e interpersonales, así como el alcance de las metas tanto individuales como grupales que impulsen la funcionalidad de la familia. Esto significa fomentar la gestión de procesos comunicativos y la responsabilidad personal para crear circuitos de solidaridad que traigan como resultado la expansión de la personalidad y el bienestar necesario para superar aprendizajes inadecuados, adoptar hábitos positivos y reducir los factores de riesgo que pudieran atentar contra la estabilidad socio-afectiva-emocional de la familia.

Por consiguiente, el acompañamiento familiar en tiempos de pandemia, exige el abordaje tanto individualizado como grupal, con el propósito de precisar las necesidades emocionales insatisfechas y deducir situaciones agobiantes que requieren ser abordados inmediatamente, evitando de este modo estados agudos de frustración, depresión y estrés que acompañados del confinamiento prolongado motiven episodios de violencia y agresión; en tal sentido, se considera fundamental reducir cualquier detonante de conflictos mediante la procesos preventivos que integren la creación de un ambiente positivo psicosocialmente, en el que prime la comprensión empática, la gestión inteligente de emociones y sentimientos, así como la adopción de hábitos saludables.

En síntesis, la pandemia ocasionada por Covid-19 motivó la emergencia de situaciones conflictivas a nivel familiar como resultado de la aplicación global de medidas de confinamiento social prolongado, el cual obligó a la humanidad a reformular sus estilos de vida y modos de relacionarse; esto no debe ser visto como un aspecto negativo, sino por el contrario, la posibilidad para generar procesos de asesoramiento integral y constructivo para padres e hijos, en un intento por maximizar el libre desenvolvimiento del carácter y la personalidad, mediante la adopción de actitudes flexibles, espontaneas,

resilientes y abiertas al aprendizaje; todo esto constituye una invitación al acompañamiento sistemático, individualizado y holístico en el que se privilegie el equilibrio emocional así como la satisfacción de las necesidades afectivas de las cuales depende el desarrollo de la autonomía y la interdependencia personal.

Referencias

- Artiles., et al. (1995). *Psicología humanista. Aportes y orientaciones*. Buenos Aires: Editorial Docencia.
- Bisquerra, R., y Pérez, N. (2007). Competencias emocionales. *Educación Siglo XXI*, 10, pp. 61-82.
- Bisquerra, R. (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Camps, V. (2000). *Los valores de la educación*. Madrid: Editorial Anaya.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. Ciudad de México: Prentice Hall.
- Corkille, D. (2010). *El niño feliz su clave psicológica*. Barcelona: Granica Editor.
- Fromm, E. (2014). *El arte de amar*. Madrid: Planeta Libros.
- Garriga, J. (2020). *Bailando juntos. La cara oculta del amor en la pareja y en la familia*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Informe CEPAL-UNESCO. (2020). *La educación en tiempos de pandemia de Covid-19*. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510_es.pdf
- Lafarga, J. (2016). *Desarrollo humano: desarrollo personal*. México: Editorial Trillas.
- Llavona, L y Méndez, F. (2012). *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Maggio, M. (2020). *Prácticas educativas reinventadas: orientar a los docentes en la irrupción de nuevas formas de enseñanza en contextos de emergencia*. Buenos Aires: UNICEF.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Morales, J. (2020a). Oportunidad o Crisis Educativa: Reflexiones desde la Psicología para Enfrentar los Procesos de Enseñanza-Aprendizaje en Tiempos de Covid-19. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 2020, 9(3e).
- Morales, J. (2020b). Aportaciones de la Orientación frente a la nueva normalidad. Dimensiones de asesoramiento, objetivos y estrategias. *Interamerican Journal Of Medicine and Health*. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.163>
- Morales, J. (2020c). El rol orientador del docente en contexto comunitario. *Revista Española Orientación y Psicopedagogía*, 31 (2), 29-37.
- Morales, J. (2021). El perfil del docente de la post-pandemia. Una mirada desde la perspectiva humanista de la psicología. *Anuario de Administración Educativa*, 12 (12), 139-147.
- Muñoz, J. (2017). *Psicología evolutiva: enredos y simplismos de una ciencia vulgar*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.
- Myers, D. (2003). *Psicología social*. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Nardone, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2005). *Modelos de familia. Cómo resolver problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Ortiz, D. (2008). *Terapia familiar sistémica*. Cuenca: Universidad Politécnica Salesiana.

- Rogers, C. (1996). Libertad y creatividad en la educación. Barcelona: Editorial Paidós.
- Sandoval, S. (2009). Psicología del desarrollo humano. Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Valdés, A. (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. México. D.F: Editorial El Manual Moderno.
- Zorrilla, J. (2007). Más allá de la psicoterapia: la psicología del nuevo humanismo. Breve estudio comparado en la perspectiva de superar el sufrimiento. Lima.

Fecha de recepción: 13/07/2022

Fecha de revisión: 30/11/2022

Fecha de aceptación: 16/02/2023

Cómo citar este artículo:

Ares, A. (2023). Mujer, adicción y violencia de género. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 23-48. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1276.

MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Alba Ares Encinas

Universidad Europea del Atlántico (España)

alba.ares@master.uneatlantico.es - <https://orcid.org/0000-0003-2701-4739>

Resumen. Las mujeres víctimas de Violencia de Género (VG) muestran mayor dependencia al consumo de sustancias, tienen mayor probabilidad de sufrir problemas psiquiátricos concomitantes y mayor dificultad para acceder, continuar y finalizar un tratamiento. El consumo recurrente incrementa los problemas asociados y disminuye la abstinencia. Aún no hay suficiente evidencia sobre tratamientos eficaces para esta población, ya que la mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre la drogadicción masculina. La presente revisión sistemática analiza los estudios empíricos publicados hasta la actualidad que investigan la relación entre las mujeres víctimas de VG, el consumo de sustancias y su salud mental. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Dialnet y Web of Science) y tras dos fases de cribado se seleccionaron 26 artículos para su completa revisión. Se ha comprobado que existe elevada prevalencia de VG entre las mujeres consumidoras de más de una sustancia de abuso y, en relación a la pareja, el riesgo de sufrir VG aumenta si ambos son consumidores, además, en la mayoría de los casos, se da el fenómeno de la “bidependencia”. La VG tiene graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida de la mujer, aumentando el riesgo de diversas enfermedades físicas, mentales, incluso la muerte. De cara a un futuro urgen estudios que fomenten las relaciones equitativas entre hombres y mujeres desde edades tempranas, así como intervenciones adecuadas y eficientes para este perfil de mujeres.

Palabras clave: mujer, adicción, trastorno por uso de sustancias, violencia de género, salud mental.

WOMEN, ADDICTION AND GENDER VIOLENCE

Abstract. Women victims of gender violence (GV) show greater dependence on substance use, are more likely to suffer from concomitant psychiatric problems and have greater difficulty accessing, continuing and finishing treatment. Recurrent consumption increases associated problems and decreases withdrawal. There is still not enough evidence on effective treatments for this population, since most therapeutic protocols are based on what is known about male drug addiction. This systematic review analyzes the empirical studies that investigate the relationship between female victims of gender violence, substance use and their mental health. A search was carried out in the main databases (PubMed, Scielo, Dialnet and Web of Science) and after two screening phases, 26 articles were selected. It has been proven that there is a high prevalence of gender violence among women who consume more than one substance of abuse and, in relation to the partner, the risk of suffering gender violence increases if both are consumers, in addition, in most cases, there is the phenomenon of “bidependence”. Gender violence has serious consequences in all areas of women’s lives, increasing the risk of various physical and mental illnesses, including death. Looking to the future there is an urgent need for studies that promote equitable relationships between men and women from an early age, as well as adequate and efficient interventions for this profile of women.

Keywords: women, addiction, substance use disorder, gender violence, mental health

Introducción

Por las definiciones y los datos que se han recogido a lo largo de los años, sabemos que la historia de las adicciones va unida a la historia del hombre.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define adicción como “hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos”.

La OMS la define como “una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos y consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad”.

La APA lo hace en los siguientes términos “dependencia a una sustancia, siempre que se manifiesten tres o más factores, entre una relación de siete, de los que destacaría: consumo de una sustancia en grandes cantidades, existencia de un deseo persistente, abandono o reducción de actividades importantes o consumo continuado de sustancia” (American Psychiatric Association., 2000).

Fumar tabaco, beber alcohol o mascar hojas de coca, entre otros, son algunos ejemplos de sustancias que se han utilizado y se siguen utilizando en la actualidad (Becoña Iglesias et al., 2016). Las consecuencias físicas y psíquicas del consumo de drogas no son iguales en hombres y mujeres. Físicamente el consumo de sustancias adictivas parece enganchar más rápidamente a la mujer que al hombre y tanto hombres como mujeres muestran un importante aumento de problemas asociados al consumo después de comenzar el mismo, sin embargo, las mujeres muestran mayor sensibilidad a los trastornos mentales (Ortiz et al., 2006). La mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre la drogadicción masculina. Por estos motivos, los especialistas reclaman prevención y tratamientos específicos para mujeres donde se pueden plantear diferentes retos de intervención. Asimismo, e igual que ocurre en la población general, los consumidores de drogas están presionados de forma social, personal y cultural. Si se trata de mujeres consumidoras, a esas presiones hay que sumarle los sentimientos de culpa y vergüenza, resultado de la estigmatización del consumo. Si hacemos una comparación entre hombres y mujeres que acuden a tratamiento, se observa cómo las mujeres, en muchas ocasiones, tienen hijos menores a cargo, suelen vivir con parejas que también son consumidoras, tienen mayores probabilidades de haber sufrido abusos durante la infancia y mayor incidencia de problemas psiquiátricos concomitantes (Lynch et al., 2002). Todos estos factores hacen que las mujeres muestren mayores dificultades para acceder, continuar y finalizar un tratamiento.

La OMS define droga como “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones, alterando los pensamientos, emociones y conductas en una dirección que puede hacer deseable repetir la experiencia pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia” (Kramer et al., 1975). Las drogas se han utilizado desde la existencia de las más antiguas civilizaciones, con finalidades religiosas y médicas, como un medio de evasión y para subsanar el dolor (físico y mental). El alcohol y el tabaco se consideran las drogas “clásicas” más frecuentes y son legales. Ambas son las causantes de la mayor cantidad de muertes evitables en la actualidad. La diferencia entre el tabaco y alcohol con las demás drogas sociales como el cánnabis y la

cocaína se presenta en la facilidad de su adquisición. Según el último informe del Plan Nacional sobre Drogas (2021) el tabaco, por detrás del alcohol, es la sustancia más consumida entre la población de 15 a 64 años. Las tasas de tabaquismo en personas con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es muy superior a la población en general, entre un 74% y un 98%. Asimismo, en los nuevos tiempos han surgido otro tipo de adicciones, en el seno de una sociedad llamada del “bienestar”, consumista, que nos llena de materialidad y nos vacía de espiritualidad, una sociedad que cada vez nos hace más vulnerables y más débiles.

Sanz (2019) ha observado que los pacientes con TUS presentan peculiaridades psicopatológicas y determinadas conductas que merecen especial atención, por ejemplo, cambios en el comportamiento (meterse en problemas con frecuencia, actuar a escondidas, cambios de personalidad sin explicación), cambios físicos (pupilas de tamaño anormal, pérdida o incremento de peso repentinos, temblores) y cambios sociales (cambio repentino de amigos, problemas legales vinculados con el uso de sustancias, deudas). Además, el consumo reiterado de sustancias da lugar a una serie de cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos, alterando principalmente distintas funciones como son la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción. Desde el punto de vista neuropsicológico, las alteraciones más frecuentes se dan en los mecanismos que se encargan de regular la toma de decisiones y el control inhibitorio (Fernández et al., 2011), concretamente en el lóbulo frontal y las funciones cognitivas asociadas (Yucel et al., 2007). Se ha comprobado que las sustancias psicoactivas interfieren en la forma en que las neuronas reciben, envían y procesan las señales que transmiten los neurotransmisores. Aunque las drogas pretenden imitar las sustancias químicas de nuestro cerebro, no activan las neuronas del mismo modo que un neurotransmisor natural, provocando el envío de mensajes anormales a través de la red. Sustancias como el alcohol, la cocaína o las anfetaminas pueden hacer que las neuronas liberen mayores cantidades de neurotransmisores naturales o que, al interferir con los transportadores, eviten el reciclamiento normal de estas sustancias químicas del cerebro. Esto amplifica o altera la comunicación normal de las neuronas y por ello, al consumir se producen “oleadas” de neurotransmisores (por ejemplo, grandes cantidades de dopamina a nivel cerebral) que dan lugar a una gran sensación de placer, lo que favorece la necesidad de volver a consumir para volver a sentir esa sensación tan intensa y buscar la sustancia continuamente (Díaz et al., 2010).

Violencia de Género y Adicción

Un dato de especial relevancia en el presente trabajo son las tasas de victimización por violencia de género (VG) física, psicológica y sexual en las mujeres con TUS, siendo mayores que las de la población general (Cohen et al., 2006; El-Bassel et al., 2011; El-Bassel et al., 2005; Miller et al., 1993), oscilando entre un 40% y 70%. Según los estudios, la VG está generando una alarma social en los últimos años, sobre todo, por la difusión en los medios de comunicación, lo que ha provocado un creciente interés y preocupación, convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto a nivel de investigación como de programas de prevención e intervención, planes nacionales, estrategias y legislaciones dirigidas a atajar este problema (Llopis et al., 2005). La OMS estima que un tercio de las mujeres a nivel mundial han sido víctimas de VG por lo menos una vez en su vida (OMS, 2003). La victimización por VG está fuertemente relacionada con problemas de salud mental y la evidencia reciente confirma que alrededor del 20% de las mujeres que la experimentaron desarrollaron un nuevo trastorno psiquiátrico (Okuda et al., 2011). Frente a las mujeres de la población general que no han sufrido VG, las que han experimentado VG muestran un riesgo mayor de sufrir problemas graves de salud, embarazos no deseados, abortos y graves psicopatologías, por lo general: ansiedad, depresión, trastorno

de estrés postraumático (TEPT) y adicción (Tirado-Muñoz., 2015), así como trastornos limítrofes de personalidad y trastornos en la alimentación (Marsden et al., 2000). La VG conlleva al aumento o mantenimiento del abuso de sustancias, a más enfermedades físicas y mayor utilización de los recursos sanitarios, ya que, las mujeres con TUS que sufren VG son más propensas a mantener relaciones sexuales y prácticas de inyección que no son seguras, lo que da lugar a que se expongan con mayor riesgo a la transmisión de virus e infecciones sexuales (El-Bassel et al., 2005). Por ello, sería de especial importancia analizar y tener en cuenta las relaciones que tienen las mujeres con TUS con sus respectivas parejas y abordar todo un abanico de aspectos relacionados con sus vidas, donde se podría incluir el propio TUS, la comorbilidad psiquiátrica y los comportamientos de riesgo. La concurrencia que existe entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es conocida como “patología dual” y diferentes estudios que se han llevado a cabo han encontrado que la prevalencia de este fenómeno se sitúa ente el 15 y el 80% (Casas et al., 2002; Flying et al., 2008; Mèlich., 2008).

Llegados a este punto y ya que en el presente trabajo se va a abordar la relación existente entre la VG y el consumo de sustancias considero necesario realizar un breve recorrido sobre el concepto de VG. Es evidente que, con el paso de los años, se ha ido tomando conciencia social sobre la gravedad que supone la violencia contra las mujeres y el obstáculo que supone (Fiol et al., 2000). El concepto que se ha utilizado para denominar esta grave realidad es el que conocemos como violencia de género (VG). Es un problema que se ha generalizado y acrecentado en casi todas las sociedades, adopta muchas formas y se extiende a todos los ámbitos (en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto). La violencia contra las mujeres afecta a todas las esferas de sus vidas (autonomía, productividad, capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos y su calidad de vida) lo que aumenta su riesgo, pudiendo llegar incluso a la muerte. Esta violencia se sufre por el mero hecho de ser mujer, de ahí que se denomine VG (García-Moreno, 2000). Asimismo, las definiciones que se utilizaban años atrás eran muy restringidas, “reduccionistas”, ya que daban mayor importancia al daño físico, dejando de lado la violencia psicológica (frecuentemente destacada por las víctimas), por ello, con el paso de los años se han utilizado definiciones más amplias como la de la Asamblea General de las Naciones Unidas: “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer adolescente y adulta, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Naciones Unidas, 1993).

Hay que tener en cuenta que la VG se puede dar tanto dentro como fuera de las relaciones familiares, aunque es importante señalar que existe mayor riesgo de sufrir VG por parte de la pareja íntima o algún familiar. Aunque existen otros tipos de violencia, las más frecuentes son: la económica, la sexual, la psicológica y la física (Tortajada Navarro, 2008). Según Corsi (1998) la violencia económica puede darse en situaciones donde no ocurre violencia física. Habitualmente, se priva a la mujer para cubrir sus necesidades personales o las de sus hijos y también es considerada violencia económica cuando se priva a la mujer de trabajar fuera del hogar. La violencia sexual se da más recientemente dentro del contexto de la relación de pareja, la cual tiene grandes repercusiones físicas y psicológicas sumamente graves en la mujer, así como mayores riesgos de padecer problemas sexuales y de reproducción (disfunción sexual, esterilidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados... Letourneau et al., 1999). En tercer lugar, la violencia psicológica hace referencia al mantenimiento de la hostilidad verbal y no verbal de forma reiterada, lo que perjudica gravemente la estabilidad emocional de la

víctima pudiendo dar lugar al abuso de alcohol y otras drogas, depresión y ansiedad, trastornos de hábitos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y culpabilidad... Según Echeburúa et al., (1996) este tipo de violencia se manifiesta a través de reproches, insultos, amenazas, desprecio, indiferencia... lo que hace que la víctima termine en un estado de angustia constante. La violencia física incluye todos los castigos físicos, formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, además de la intimidación. Se refiere a todo castigo que utilice la fuerza física con el fin de causar dolor o malestar por leve que sea. Las consecuencias de este tipo de violencia son básicamente diversas lesiones, moratones, fracturas, desgarros y abrasiones... y, en último lugar, la muerte (homicidio, suicidio...), dejando múltiples secuelas sobre las víctimas. El Informe Mundial sobre la violencia y la salud realizado por la OMS (2003) expone una serie de factores que están asociados con el riesgo de que la mujer sufra violencia por parte del hombre, entre ellos destacarían: los factores individuales (edad joven, beber en exceso, depresión, haber presenciado o sufrido violencia durante la infancia...), los factores de la relación (mal funcionamiento familiar, conflicto e inestabilidad en el matrimonio, dominio masculino en la familia...), los factores comunitarios (pobreza, sanciones débiles de la comunidad contra la violencia...) y los factores sociales (normas tradicionales de género y normas sociales que apoyan la violencia). Echeburúa (1996) destaca algunos factores o razones que aumentan la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de violencia: razones económicas, sociales, familiares y psicológicas. Generalmente son mujeres que tienen un nivel cultural bajo, ninguna o pocas actividades fuera de casa, dependencia económica del marido, trabajos poco cualificados, red escasa de apoyo social, hijos menores, temen al futuro en soledad y minimizan el problema como resultado de cierta habituación a la situación de tensión, lo que las hace más vulnerables y con mayor probabilidad aparecerá dicha situación.

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Tiene especial relevancia, en mi opinión, mencionar el modelo ecológico para terminar de comprender este concepto. Es uno de los modelos teórico-explicativos más ampliamente reconocidos en la investigación sobre este tema. Heise (1998), explica la violencia teniendo en cuenta la interacción entre factores personales, situacionales y socioculturales, es decir, no se trata de un fenómeno aislado, sino que hay que tener siempre presentes las características del entorno social y más próximo de la víctima, así como las propias características de la persona que la sufre. Asimismo, este modelo se distribuye en cuatro niveles: el nivel 1 hace referencia a la historia personal o nivel individual (presenciar violencia conyugal en la infancia, sufrir malos tratos durante la infancia o padres ausentes o que rechazan a sus hijos, toxicomanías, trastornos psíquicos o de personalidad...) la cual puede influir en el comportamiento de los individuos y aumentar las probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de los actos violentos; el nivel 2 sería el microsistema o nivel familiar (dominación masculina en el seno familiar, control masculino del patrimonio familiar, consumo de alcohol y conflicto conyugal/verbal), igual que en el nivel 1, puede aumentar el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos contra la mujer; el nivel 3 sería el exosistema o nivel comunitario (bajo status socioeconómico/desempleo, aislamiento de la mujer y la familia y grupos delictivos de iguales) y el nivel 4 haría referencia al macrosistema o nivel sociocultural (derecho/propiedad del hombre sobre la mujer, masculinidad asociada a la dominación y agresión, roles de género rígidos, aprobación de la violencia interpersonal y aprobación del castigo físico). Lo más significativo del modelo y un aspecto clave que tenemos que tener en cuenta para comprender el fenómeno es la importancia que le da a la interacción entre los factores que forman los cuatro niveles, es decir, no existe un único factor causal, sino que la interacción entre los factores es la que puede favorecer la violencia, o, por el

contrario, proteger contra ella. Lo relevante de este modelo es que trasciende interpretaciones reduccionistas y simplistas que se centran en aspectos individuales y familiares entendiendo el problema como algo social y estructural.

La adicción tiene género y el género influye en la adicción. Ser mujer y usuaria de drogas es uno de los principales factores de riesgo para sufrir violencia. Diversos autores afirman que las mujeres que están en tratamiento a causa de la adicción son víctimas de VG con una incidencia tres veces superior a la de la población en general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume., 1994; Swift., 1996; El-Bassel et al., 2001; NIDA., 2001; Frye et al., 2001; El-Bassel et al., 2003). Por ello, los objetivos del presente trabajo son: 1) Profundizar los aspectos más relevantes sobre la violencia de género, y 2) Analizar la relación existente entre la VG que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías y, entre ellas, la frecuente aparición de una patología dual, en la que el consumo y la adicción a diferentes sustancias se convierte en un determinante de la intervención.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios cuantitativos empíricos que examinan la relación existente entre la violencia de género y el consumo de sustancias. En un primer momento, se realizó una búsqueda genérica en Google Académico para valorar la viabilidad del tema y tener una primera impresión sobre la cantidad de información que se podría encontrar. Con esta visión general, se pasó a realizar el 15 de noviembre de 2021 una segunda búsqueda más específica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet y Web of Science.

PubMed es un sistema de búsqueda que proporciona acceso a diferentes bases de datos bibliográficas. Dicho de otro modo, se puede establecer que se trata de un motor de búsqueda de acceso libre a los datos de MEDLINE, dentro del cual se encuentran citas, resúmenes, referencias de otras obras y acceso a ciertas bases de datos fiables.

En cuanto a Scielo se puede establecer que se trata de una biblioteca virtual conformada por un gran número de revistas científicas en español que han sido seleccionadas a partir de una serie de acuerdos que garantizan la calidad de los documentos que en ella se incorporan.

Dialnet es considerada uno de los mayores portales bibliográficos con mayor peso mundialmente por la cantidad de investigaciones en castellano que se pueden encontrar dentro de la misma.

Web of Science es una plataforma on-line que contiene bases de datos de información bibliográfica y recursos de análisis de la información que permiten evaluar y analizar el rendimiento de la investigación. Proporciona herramientas de análisis que permiten valorar su calidad científica, su contenido es multidisciplinar y la información que contiene es de alto nivel académico y científico.

Los términos que se utilizaron para realizar la búsqueda fueron los siguientes: “*gender violence*” AND “*substance use disorder*”, “*gender violence*” AND “*alcohol*”, “*violencia de género y consumo de sustancias*”, “*gender violence*” AND “*drugs*”.

En cuanto a los criterios de inclusión que se utilizaron para realizar la revisión bibliográfica se encuentran los siguientes: 1) ser un artículo de investigación; 2) publicaciones en español, inglés o portugués; 3) publicaciones entre 2016 y 2021 incluidos; 4) que los sujetos sufriesen violencia de género y/o consumiesen alguna sustancia. Asimismo, resulta imprescindible hacer mención a los criterios de exclusión

que se han tenido en cuenta a la hora de descartar, eliminar o desechar parte de los artículos encontrados: 1) que sea población infantil; 2) estudios de caso único; 3) revisiones bibliográficas sobre la temática.

En relación a las muestras iniciales que se obtuvieron en cada una de las bases de datos señaladas mediante la utilización de los términos delimitados, cabe señalar: en el caso de Dialnet se obtuvo una muestra inicial de 69 documentos, los cuales se han visto reducidos a 8 al aplicarse como filtros los criterios de exclusión expuestos anteriormente. En la base de datos Scielo, la muestra inicial fue de 86 documentos, de los cuales resultaron válidos 5, en el caso de Web of Science se obtuvo una muestra inicial de 29 documentos. De éstos únicamente 4 resultan seleccionados, bien por los criterios de exclusión o bien por el hecho de que algunos requieren solicitar el artículo. Finalmente, en PubMed se encontraron un total de 2938 artículos, de los cuales se seleccionaron 10.

De esta forma, si se aglutinan los documentos encontrados en las bases de datos anteriores, se puede concretar que la muestra inicial estuvo conformada por un total de 3122 documentos, de los cuales, tras aplicar los correspondientes criterios de exclusión, únicamente quedaron 27.

Resulta imprescindible señalar que, de los 27 documentos que se han seleccionado, el día 18 se volvió a realizar una criba mediante la cual se descartaron todos los registros duplicados ($n = 1$). De esta forma, la muestra se quedó en un total de 26 documentos.

Resultados

Tras la búsqueda realizada en diferentes bases de datos, los principales resultados del presente trabajo se muestran a continuación:

Tabla 1

Artículos utilizados

Autor (es)	Muestra (N)	Instrumentos	Procedimiento	Resultados
Álvarez et al. (2020)	N = 1046 (387 hombres y 659 mujeres). Edad media = 22.13 hombres y 21.84 mujeres.	1. Encuestas diseñadas de forma específica para conocer las manifestaciones de violencia sexual que se producen en el ocio nocturno.	1. Recogida de datos de abril hasta junio de 2019 en la zona centro de Málaga de 23:00h a 3:00h. 2. Análisis de datos cuantitativos mediante SPSS (versión 19).	1. La mayoría de mujeres han vivido situaciones de “violencias sexuales normalizadas” en espacios de ocio nocturno, mientras que para los hombres es algo más circunstancial.
Amaral et al. (2016)	N = 197 mujeres.	1. Formulario con variables sociodemográficas relacionadas con el agresor, con la denuncia y el tipo de violencia experimentado por la mujer.	1. Se seleccionan las historias clínicas de las mujeres a través de Microsoft Office Excel. 2. Análisis de datos mediante SPSS (versión 20), chi cuadrado de Pearson y prueba de Kormogolov Smirnof.	1. No hubo cambios significativos en el perfil de mujeres víctimas de agresiones refugiadas en unidades de protección en el Estado de Caerá antes y después de la promulgación de la LMP (Lei María da Penha). 2. Los agresores, tras la promulgación de la ley, tienen más antecedentes

Bryant et al. (2017)	N = 421 mujeres.	<ol style="list-style-type: none"> 1. General Health Questionnaire (GHQ-12). 2. WHO Disability Adjustment Schedule (WHODAS). 3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5). 4. Psychological Outcome Profiles (PSYCHLOPS). 5. Life Events Checklist (LEC). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participantes asignadas al azar en una proporción de 1:1 en tratamiento conductual PM+ (Problem Management Plus) o EUC (atención habitual mejorada). 	<p>penales y utilización de drogas ilícitas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PM+ redujo moderadamente el malestar psicológico en comparación con EUC.
Caldentey et al. (2016)	N = 46 mujeres mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficos y clínicos 2. Cuestionario Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed (HITS). 3. Composite Abuse Scale (CAS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambos cuestionarios administrados por un investigador. 2. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante las pruebas Chi cuadrado, el test exacto de Fisher y la prueba T de Student en el SPSS versión 20. 3. Se dividió la muestra en función de haber experimentado o no VG según el CAS. 4. Se calculó el coeficiente kappa de Cohen. 5. Se realizó un análisis de la curva característica de operación del receptor (ROC) para determinar el punto de corte de la escala HITS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevada prevalencia de VG entre las mujeres consumidoras de más de una sustancia de abuso.
Choo et al. (2016)	N = 40 mujeres.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Women's Health Survey 2. BSAFER (Web-based program). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las participantes completaron evaluaciones en el programa web sobre el 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una intervención del departamento de emergencias basada en la web para el TUS y la VG en mujeres demostró su

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). 4. 10-item Systems Usability Scale (SUS). 5. Modified versión of the Timeline Followback (TLFB). 6. Composite Abuse Scale (CAS). 	<p>uso de drogas y la VG.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. El software las asignó al azar a los grupos de intervención o control. 	<p>viabilidad y aceptabilidad.</p>
Crespo et al. (2017)	N = 50 mujeres maltratadas y 50 mujeres controles mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variables demográficas. 2. Test Consumption Revised version (AUDIT-C). 3. Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire (EGEP-5). 4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) 5. Beck Anxiety Inventory (BAI). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las participantes fueron evaluadas en una única sesión en la que completaron una entrevista semiestructurada, las preguntas sobre el uso de drogas y psicotrópicos y los instrumentos autoadministrados en el formato de autoinforme. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los resultados sugieren que las mujeres maltratadas españolas pueden recurrir a los psicofármacos en lugar del alcohol para hacer frente a sus síntomas.
Dawson et al. (2016)	N = 70 mujeres mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problem Management Plus (PM+). 2. Tratamiento habitual mejorado (ETAU). 3. GHQ-12. 4. WHO-DAS 2.0 5. Five key questions from the WHO Violence Against women Onstrument (WHO-VAW). 6. Life Events Checklist. 7. PTSD Checklist for DSM-V, Civilian Version (PCL-5). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las mujeres fueron asignadas al azar para recibir 5 sesiones de PM+ (n = 35) o ETAU (n = 35). 2. Se llevó a cabo una evaluación postratamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PM+ tenía potencial para mejorar la salud mental de las mujeres, en particular se dieron mayores reducciones del trastorno de estrés postraumático (TEPT) frente a las que recibieron ETAU.
Galvão et al. (2018)	N = 15 (60% hombres). Edad media = 24 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevistas semiestructuradas. 2. Braun and Clarke's (2006) Thematic Analysis Method. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se llevan a cabo las entrevistas en una comunidad terapéutica. 2. Fueron grabadas bajo consentimiento informado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen diversos factores estructurales que impactan en la vida de los participantes: discriminación de género, escolaridad deficiente, marginación socioeconómica y exclusión asociada a la insuficiencia y políticas

García-Esteve et al. (2021)	N = 156 mujeres. Edad media = 30.4 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la agresión sexual. 2. The Acute Stress Disorder Interview (ASDI). 3. Dissociation Questionnaire in Emergencies (DQE, ad-hoc). 4. Peritraumatic Distress Inventory (PDI). 5. State-Trait Anxiety Inventory (STAI). 6. Early Trauma Inventory-Short Form (ETI-SF). 7. Scale for the Evaluation of Stress-Social Support (SESSS) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio de cohorte prospectivo. 2. Evaluación de ASD (trastorno de estrés agudo) 14.7 días después de la agresión sexual mediante el ASDI. 3. Los análisis se realizaron utilizando el SPSS versión 23 y Análisis de Datos y Estadística Software (STATA versión 14). 	<p>públicas inadecuadas, es decir, existe pobreza económica y sociocultural en relación con el abuso de drogas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prevalencia de ASD en mujeres víctimas de agresión sexual fue alto y afectó aproximadamente a dos tercios de la muestra.
Guillén Verdesoto et al. (2021)	N = 186 (150 mujeres, 35 varones y 1 participante que no registró su sexo). Edad media = 22 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory (CADRI). 2. Multidimensional Jealousy Scale (MJS). 3. Escalas de fidelidad y estrés durante la relación de pareja. 4. Level 2 -substance use- adult. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de corte transversal. Se realizó una encuesta en formato papel con los ítems de los instrumentos y los diseñados ad-hoc. 2. Posteriormente, oportunidad de diálogo para aclarar dudas. 3. Análisis de datos a través del SPSS versión 20.1 (prueba de Mann-Whitney y Rho de Sperman, prueba de Kormogolov-Smirnov y modelo de regresión logística según el test de Wald). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó asociación significativa entre la pertenencia al grupo de mayor violencia y los celos comportamentales y el estrés padecido durante la pareja.

Hahn (2020)	N = 124 adolescentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risk Reduction Through Family Therapy (RRFT). 2. Entrevistas clínicas y cuestionarios estandarizados. 3. Timeline Followback (TLFB) para confirmar el consumo de sustancias diferentes al tabaco. 4. Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) para los síntomas de TEPT. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada participante y un cuidador completaron una entrevista clínica estructurada y cuestionarios estandarizados en 5 momentos: pretratamiento (línea base), 3, 6, 12 y 18 meses después de la línea base. 2. Los participantes se asignan al azar a RRFT o a la condición control que recibió tratamiento habitual (TAU). 3. Análisis estadísticos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La exposición en la niñez a eventos traumáticos, particularmente experiencias de violencia interpersonal (IPV; abuso sexual, físico, presenciar violencia...) aumenta el riesgo de padecer una conducta negativa, problemas de uso de sustancias y TEPT. 2. Mayor eficacia de RRFT frente a TAU.
Ham et al. (2019)	N = 128 (50% mujeres). Edad = entre 21 y 29 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohol Use Disorders Identification Test. 2. Sexual Experiences Survey Short Form Victimization. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente los participantes fueron informados que en el estudio tendrían que completar unos cuestionarios, consumir una bebida alcohólica o no alcohólica, escuchar una historia que describe una situación social y finalmente responder a una serie de preguntas acerca de la historia. 2. No podían consumir alcohol ni consumir otras drogas 24h antes del estudio. 3. Luego se hizo un análisis de la varianza mediante ANOVA y se estima un modelo de ecuación estructural SEM. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La intoxicación por alcohol dificulta la detección del riesgo de las agresiones sexuales.
Hildebrand et al. (2017)	N = 87 (44 hombres y 43 mujeres). Edad = entre 19 y 32 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychiatric Screening (Symptom Checklist 90, SCL-90). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participantes aleatorizados a un grupo de alcohol o grupo sin alcohol. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El alcohol puede alterar la percepción de los testigos con respecto a la interacción neutral, la agresión física y culpa

		<p>2. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).</p> <p>3. Personality Inventory (Health-relevant Personality 5 Inventory, HP5i).</p>	<p>2. Ver una película que representa violencia de pareja (IPV) entre un hombre y una mujer.</p> <p>3. 10 minutos después de ver la película se pasa una entrevista a los participantes para que calificasen cuán agresivos y culpables percibieron a los personajes de la película.</p> <p>4. Análisis de datos mediante SPSS (versión 18).</p>	<p>en una situación de IPV. Entre los principales motivos se encuentran: la capacidad reducida para mantener la atención y una disminución de la ansiedad/inhibición.</p> <p>2. Los participantes sobrios experimentaron la película como más desagradable frente al grupo del alcohol.</p> <p>3. El alcohol afecta a la percepción de agresión de los testigos y culpa en un escenario de IPV.</p> <p>4. El alcohol hace neutrales comportamientos agresivos, así como una actitud más aceptable hacia el uso de la violencia física.</p>
Hill et al. (2018)	<p>N = 179 mujeres.</p> <p>Edad media = 18.9 años.</p>	<p>1. Conflict Tactics Scale (CTS2).</p> <p>2. PTSD Checklist-6 (PCL-6).</p> <p>3. Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D).</p> <p>4. Cuestionario demográfico para el consumo de sustancias.</p> <p>5. Timeline Follow-back (TLFB).</p>	<p>1. La evaluación inicial se llevó a cabo mediante un programa informatizado (90 minutos).</p> <p>2. Se calcularon estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas para todas las variables.</p>	<p>1. Las mujeres que fueron agredidas físicamente y victimizadas sexualmente por sus parejas íntimas tuvieron más relaciones sexuales sin preservativo. Además, los síntomas de estrés postraumático influyeron significativamente en la relación entre agresión física y comportamiento sexual de riesgo y victimización sexual y comportamiento sexual de riesgo.</p>
Lennon et al. (2021)	<p>N = 28 mujeres.</p> <p>Edad = entre 20 y 34 años.</p>	<p>1. Entrevistas semiestructuradas.</p> <p>2. Cuestionarios sociodemográficos.</p>	<p>1. Reclutamiento mediante muestreo intencional.</p> <p>2. Las participantes se dividen en 4 grupos focales de discusión y se realizan entrevistas con informantes clave.</p>	<p>1. Existen cuatro factores principales relacionados con la VG: las creencias culturales, los celos, el abuso de alcohol y la historia personal de VG, siendo este último y las creencias culturales los que más asociación tienen para sufrir VG.</p>

			3. También realizan cuestionarios sociodemográficos.	Además, el riesgo de sufrir VG aumenta si se da una interacción entre todos los factores (siguiendo el modelo ecológico de violencia).
Llopis et al. (2016)	N = 1043 (518 mujeres y 525 hombres). Edad media = 48 mujeres y 53 hombres.	1. Informes que valoran diferentes variables (edad, sexo, estudios, raza...), además de la existencia de malos tratos, imputabilidad, estado mental y lesiones físicas fundamentalmente.	1. Estudio descriptivo en el que los participantes completan una serie de entrevistas. 2. Análisis de datos mediante el SPSS (versión 17 para Windows).	1. Alto porcentaje de casos valorados como conflictividad de pareja, muy por encima de los casos valorados como VG y maltrato. 2. Patologías emocionales más frecuentes en mujeres afectadas: sintomatología ansiosa y depresiva. 3. Relación de ciertas situaciones de trastorno mental y consumo de sustancias con conductas de marcada conflictividad.
Marotta et al. (2018)	N = 510 hombres y mujeres.	1. Biological Testing. 2. Classification Indicators for Latent Class Analysis. 3. Potential Predictors of Latent Class Membership.	1. Se realizó un análisis de clase latente (LCA) en conductas de riesgo sexual y de drogas.	1. 3 “categorías de riesgo”: bajo, medio y alto. 2. En el grupo de bajo riesgo habría que centrarse principalmente en las conductas sexuales de riesgo, prestando menos atención a los riesgos relacionados con las drogas. En el grupo de medio riesgo habría que centrarse en ambos riesgos y en el grupo de riesgo alto ya habría que llevar a cabo programas de prevención del VIH tratando la relación existente entre el consumo de varias drogas y conductas sexuales de riesgo.
Natera et al. (2021)	N = 1096 hombres y mujeres.	1. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de México, 2011, específicamente de una muestra representativa	1. Se pasa un cuestionario estandarizado y se responde a través de una entrevista directa	1. La prevalencia de violencia de pareja en el último año fue de 17.6% hacia las mujeres y 13.4% hacia los hombres.

		que contestó la sección sobre violencia de pareja. 2. Intimate Partner Violence Scale. 3. Medida de otras variables: estado civil, uso de sustancias, contexto y búsqueda de ayuda.	en versión computorizada. 2. Luego se realizaron análisis a través de STATA Version 13.	Si uno de los dos integrantes de la pareja consumía sustancias, aumentaba el riesgo de experimentar en violencia y ese riesgo era aún mayor si ambos consumían.
Ortiz et al. (2018)	N = 80 mujeres. Edad = entre 20 y 39 años.	1. Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP). 2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). 3. Cuestionario de Salud SF-36.	1. Recopilación de información con una ficha de datos personales. 2. Aplicación de los 3 instrumentos. 3. Recogida de datos sociodemográficos: edad, enfermedad que padece, escolaridad, estado civil, número de hijos y religión. 4. Análisis de datos en el programa MS Excel 2016.	1. 42.5% casadas, 36.3% instrucción escolar primaria y 43.08% padecían alguna enfermedad mental. 2. 100% de mujeres indicaron haber vivido VG y el 57.3% reportaron que vivieron violencia psicológica. 3. 30% consumían alcohol y tabaco.
Rivas-Rivero et al. (2020)	N = 136 mujeres mayores de 18 años.	1. Entrevista estructurada. 2. Abbreviated versión of the List of Stressful Life Events for socially excluded groups (L-SLE).	1. Primero se realizaron las entrevistas estructuradas y se pasó el L-SLE. 2. Análisis de datos mediante SPSS (versión 25.0 para Windows) y G*Power Software (versión 3.0 para Windows).	1. Las mujeres que padecieron distintos episodios de violencia en la infancia consumieron alcohol y drogas en exceso. 2. El mayor predictor para el consumo de alcohol y drogas se encuentra entre quienes padecieron abuso sexual antes de los 18 años.
Rubio-Laborda et al. (2021)	N = 1269 (296 hombres y 973 mujeres). Edad = Millennials (19-38 años), Generación X (39-54 años).	1. Cuestionario sobre las nuevas tecnologías para transmitir la violencia de género.	1. División de la muestra en: Millennials (19-38 años) y Generación X (39-54 años). 2. Recogida de datos a través de encuestas de la Universidad de Murcia.	1. Los Millennials muestran una asociación estadísticamente significativa con los ítems sobre los patrones de riesgo en redes relacionados con el Phishing, Sexting, Flaming, falsos ofrecimientos,

			3. Completar el cuestionario mencionado. 4. Análisis de datos mediante el SPSS (versión 22).	Cyberstalking y secuestros webcam. 2. Respecto a la violencia sufrida, sólo se ha observado asociación en ítems relacionados con Flaming y coacción sexual. 3. Las drogas aumentan las actividades de riesgo, así como la violencia sufrida y ejercida. Las mujeres refieren sufrir más presiones en actividades sexuales y miedos por parte de sus parejas.
Sánchez et al. (2019)	N = 60 mujeres. Edad media = 37.03.	1. Entrevista que incluye preguntas relacionadas con las dimensiones de la resiliencia: flexibilidad, control, resistencia. También se incluyen preguntas relacionadas con diferentes periodos de la vida, consumo y trastornos mentales. 2. Autobiografía.	1. Entrevistas a las mujeres para la obtención de datos individuales generales (grabación de audio). 2. Se hace una transcripción de la entrevista.	1. Las mujeres con mayor nivel de resiliencia presentan menor desarrollo de psicopatologías y consumo de drogas. 2. La resiliencia es un aspecto clave para mejorar y promover la reducción de los problemas de salud mental en víctimas de VG.
Shamu et al. (2016)	N = 3755 (2126 chicas y 1629 chicos). Edad = entre 12 y 19 años.	1. Cuestionarios sobre VG, violencia infantil, acoso escolar, actitudes de género, consumo de alcohol y conductas sexuales. 2. Modified version of the short form of the Child Trauma Questionnaire 18. 3. AUDIT.	1. Participantes entrevistados mediante cuestionarios. 2. Cargar los datos en un servidor al que solo pueden acceder los investigadores. 3. A los participantes se les entregó un folleto sobre ayuda sobre problemas como violencia, drogas, alcohol, sexo y problemas de salud. 4. Luego se pasaron las otras pruebas. 5. Análisis de datos mediante Stata 13.0	1. Las relaciones de pareja son comunes y existe alta prevalencia de experiencia sexual o física de VG por parte de las chicas y perpetración por parte de los chicos. 2. Algunos factores relacionados con la VG: experiencia de violencia en la niñez, actitudes individuales de desigualdad de género, castigo corporal en casa y en la escuela, consumo de alcohol, comunicación más amplia con la pareja y ser más negativo sobre el colegio.

3. El trauma infantil, la experiencia y perpetuación de VG se deben sobre todo a actitudes de género inequitativas, sexo de riesgo, acoso escolar y consumo de alcohol.

Souza et al. (2016)	N = 7 mujeres. Edad = entre 31 y 59 años.	1. Entrevistas semiestructuradas con preguntas relacionadas acerca del contexto, su vida, patrones de consumo y repercusiones del consumo para su salud.	1. Realización de las entrevistas. 2. Transcripción de las mismas. 3. Organización y análisis de los contenidos. 4. Distinción de 2 categorías temáticas: género, violencia y consumo de drogas y sin ataduras adjunto.	1. La trayectoria de vida de las mujeres que participaron en este estudio está marcada por situaciones de violencia. 2. Muchos comportamientos vividos en el contexto familiar y construcciones sociales son reproducidos por mujeres, lo que las mantiene vulnerables a problemas sociales y de salud, entre ellos, el inicio y mantenimiento del uso de drogas de alto riesgo.
Veloso et al. (2019)	N = 369 mujeres. Edad = entre 20 y 59 años.	1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 2. No-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ). 3. Revised Conflict Tactics Scales (CTS2).	1. Estudio transversal y analítico. 2. Aplicación de los instrumentos. 3. Análisis de datos mediante estadística descriptiva y análisis bivariado con prueba chi cuadrado de Pearson y regresión logística mediante la versión 22 del SPSS.	1. En este estudio se ha identificado alta prevalencia de consumo de alcohol y tabaco por parte de las mujeres y violencia por parte de la pareja íntima. 2. El consumo de estas sustancias por parte de las mujeres es un factor de riesgo asociado a la ocurrencia de VG.
Wechsberg et al. (2019)	N = 641 mujeres mayores de 15 años.	1. Women's Health CoOp Plus (WHC+). 2. Standard VIH counseling and testing (Pruebas HCT).	1. Se hizo una división de 14 grupos geográficos y se buscaron "puntos calientes" para el uso de alcohol y otras drogas (AOD) y riesgo de VIH entre mujeres. 2. Las mujeres completaron una	1. Los resultados muestran la eficacia de (WHC+) para reducir el uso de alcohol y otras drogas (AOD) en mujeres sudafricanas, la VG, el riesgo sexual y aumentar el vínculo con la atención del VIH. 2. Además, a los 6 meses de seguimiento el grupo

entrevista en línea y realizaron pruebas biológicas de drogas, test de embarazo y VIH.	WHC+ informó más uso de condones con su pareja y negociación sexual, menos abuso físico y sexual y menos consumo excesivo de alcohol. A los 12 meses de seguimiento el grupo WHC+ informó menos abuso emocional.
3. Los grupos se asignaron al azar a WHC + o a HCT.	
4. Pruebas de seguimiento a los 6 y 12 meses.	

Discusión y conclusiones

Finalmente, se presentarán en un último apartado las conclusiones del artículo y posteriormente las principales conclusiones. En su caso, se incluirán limitaciones y propuestas de continuidad.

Descripción General de los Estudios

La presente revisión sistemática tiene el propósito de analizar la evidencia disponible sobre la VG y su relación con el consumo de sustancias. Este campo de investigación se lleva estudiando décadas, pero en el presente trabajo se ha optado por utilizar los estudios que cuentan con la información más reciente, siendo la fecha elegida desde el año 2016 hasta el 2021. De los 26 estudios seleccionados, la muestra en conjunto asciende a 11.789 personas, aunque pueden encontrarse algunas diferencias entre los distintos estudios. Investigaciones como las de Shamu et al., (2016) cuentan con una muestra de 3.755 personas, mientras que Souza et al., (2016) cuentan con 7 mujeres encuestadas. De los 26 artículos, tres incluyen adolescentes en su muestra, mientras que los veintitrés estudios restantes constan enteramente de participantes adultos.

Descripción de la Muestra de los Estudios

De manera general, aunque en muchas de las publicaciones no se presentan datos sociodemográficos de la muestra, se puede establecer que en su mayoría son mujeres con edades superiores a 18 años, de habla hispana, con patología dual (sufrir de forma concomitante una adicción y un trastorno mental), y en situación de riesgo, aumentando la probabilidad de sufrir VG. También se encuentran participantes del sexo masculino, aunque en menor medida. 11 estudios utilizaron varones en su muestra y, excepcionalmente, en el estudio de Guillén Verdesoto et al., (2021), uno de los participantes no registró su sexo.

Instrumentos de Evaluación Utilizados en los Estudios

Respecto a los instrumentos utilizados para la evaluación y tratamiento de adicciones y VG, se han empleado diferentes escalas y pruebas. Básicamente se centran en medir los constructos psicológicos de los participantes, el nivel de VG, el nivel de adicción, el deterioro funcional y la existencia de posibles traumas. En cuanto a la medición de constructos psicológicos, en primer lugar, se han utilizado instrumentos para evaluar el nivel de adicción de los participantes, tanto para incluirlos en el estudio como para clasificarlos. Asimismo, los instrumentos utilizados para estudiar los efectos producidos por la VG, han medido, en primer lugar, el craving asociado a sustancias y, por otro lado, estados de ánimo y medidas fisiológicas, entre otros.

Los más utilizados para medir el nivel de adicción han sido la escala “Alcohol Use Disorders Identification Test” o Escala de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT), el “Timeline FollowBack” (TLFB) para observar el consumo de drogas en el último mes, el “Level 2 - Substance Use – adult” para el consumo de sustancias y la Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST). Para estados de ánimo, “General Health Questionnaire” (GHQ-12) para la evaluación de la angustia psicológica, sobre todo ansiedad y depresión, “Beck Anxiety Inventory” (BAI) para medir la presencia y severidad de la ansiedad, “Depression Beck Inventory-II” o Inventario de depresión de Beck (BDI-II) para medir el nivel de depresión, “State-Trait Anxiety Inventory” o escala de ansiedad estado-rasgo (STAI) para la evaluación de la ansiedad producida en el contexto de adicción y “Center for Epidemiological Studies-Depression Scale” (CES-D) para medir los síntomas de la depresión. Para la VG, “Composite Abuse Scale” (CAS), “Cuestionario Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed” (HITS), “Five key questions from the WHO Violence Against women Onstrument” (WHO-VAW), “Sexual Experiences Survey Short Form Victimization”, “Intimate Partner Violence Scale”, Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP) y “Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory” (CADRI) para adolescentes. Para el deterioro funcional, “WHO Disability Adjustment Schedule” (WHODAS 2.0) evalúa las actividades que abarcan cognición, movilidad, autocuidado, socialización y actividades de la vida diaria y “Dissociation Questionnaire in Emergencies” (DQE, ad-hoc) para la disociación peri traumática, la desrealización, la despersonalización y la amnesia. Finalmente, para los trastornos de estrés postraumático (TEPT) y eventos estresantes, “Posttraumatic Stress Disorder Checklist” (PCL-5 y PCL-6), “Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire” (EGEP-5), “Global Appraisal of Individual Needs” (GAIN) para trastorno de estrés postraumático, “Life Events Checklist” (LEC) para eventos estresantes de la vida, “The Acute Stress Disorder Interview” (ASDI) para trastorno de estrés agudo, “Early Trauma Inventory-Short From” (ETI-SF) para eventos traumáticos antes de los 18 años y “Peritraumatic Distress Inventory” (PDI) para medir el nivel de angustia durante y después del evento traumático.

Las entrevistas, formularios y cuestionarios son uno de los instrumentos más utilizados. Destacan las entrevistas semiestructuradas, las cuales se caracterizan por mezclar preguntas abiertas y cerradas o entrevistas totalmente abiertas y los cuestionarios y formularios utilizan preguntas ad-hoc para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos de cada uno de los participantes.

Relación Entre la VG y el Consumo de Sustancias

Una vez que se han expuesto las diferentes pruebas e instrumentos de medida que se han utilizado en las publicaciones consultadas para la realización de la presente revisión sistemática, es preciso analizar la evidencia disponible sobre la VG y su relación con el consumo de sustancias. Si analizamos detenidamente los resultados de los artículos, los hallazgos ponen de manifiesto que, las drogas lícitas más consumidas por las mujeres que sufren VG son el tabaco, el alcohol y los psicofármacos. El alcohol es una de las principales sustancias de abuso en España y es una droga que, en términos relativos, consumen al alza las mujeres. En algunos estudios como el de Crespo et al., (2017) los resultados sugieren que las mujeres maltratadas españolas pueden recurrir a los psicofármacos en lugar del alcohol para hacer frente a sus síntomas. El alcohol es una droga que, en muchas ocasiones no se considera dañina o se piensa que es “menos grave” solo por el hecho de estar legalizada, a pesar de tener consecuencias tanto o más graves que muchas sustancias ilegales. La intoxicación por alcohol dificulta la detección de riesgo de las agresiones sexuales (Ham et al., 2019). Un ejemplo de ello es el estudio que se lleva a cabo en el artículo de Hildebrand et al., (2017). Inicialmente, se dividió a los

participantes en dos grupos, uno al que le administraban alcohol y a otro no, a continuación, les ponían una película donde se daba violencia de pareja. 10 minutos después de ver la película se les pasaba una entrevista donde tenían que clasificar cuán agresivos y culpables percibieron a los personajes. Los resultados determinaron claramente que el alcohol puede alterar la percepción de las personas, reduciendo la capacidad para mantener la atención. El grupo de participantes sobrios experimentaron la película como más desagradable frente al grupo que había ingerido alcohol, es decir, hace neutrales comportamientos agresivos, así como una mayor permisividad hacia el uso de la violencia física. Muchas mujeres han vivido situaciones de “violencias sexuales normalizadas” en espacios de ocio nocturno, donde tiene mucha influencia el alcohol, mientras que para los hombres es más circunstancial (Álvarez et al., 2020). Se dan casos donde las mujeres consumen otro tipo de drogas ilícitas, destacando, mayoritariamente, la cocaína y las anfetaminas. Existe una elevada prevalencia de VG entre las mujeres consumidoras de más de una sustancia de abuso (Caldentey et al., 2016. Veloso et al., 2019) ya que las mismas, aumentan las actividades de riesgo, así como la violencia sufrida y ejercida (Rubio-Laborda et al., 2021) y, en relación a la pareja, el riesgo de sufrir VG aumenta si ambos son consumidores (Natera Rey et al., 2021).

La mayoría de mujeres adictas a drogas ilegales o politoxicómanas suelen habitar en un “submundo marginal”, duro y hostil, donde las condiciones higiénicas y la calidad de vida son precarias, lo que las lleva a una situación crítica (Galvão et al., 2018). Con frecuencia muestran desvitalización y aparición conjunta de trastornos afectivo-emocionales, depresivos y ansiosos (Llopis et al., 2016), así como TCA y trastorno de estrés agudo (ASD), sobre todo, en las que han sufrido agresiones sexuales, la prevalencia suele ser alta y afecta, aproximadamente, a dos tercios de la muestra (García-Esteve et al., 2021). En la mayoría de los casos, además, se da el fenómeno de la “bidependencia”, término muy importante acuñado por el Dr. Carlos Sirvent, que sería la doble dependencia de la droga/s y de la/s figura/s “protectoras”, que, en la mayoría de los casos es un varón, habitualmente su pareja, para que les proporcione droga o utilizarlas a ellas mismas para venderla y ganar dinero, pudiendo llegar a ejercer la prostitución o ambas cosas a la vez, de esta manera es como se empieza a dar, de forma concomitante, la VG. La mujer, probablemente influenciada por factores culturales, tiene un estilo relacional individualista, con menor sensación de pertenencia a un grupo y mayor soledad auto percibida, lo que las puede llevar con mayor facilidad al aislamiento y a la infravaloración, dando lugar a una disminución de su autoestima y su autoconcepto, además, en la mayoría de los casos esta situación tiende a perpetuarse ya que consideran irresoluble la posición o “bucle” en el que se encuentran.

Como evidencian algunos estudios, la exposición en la niñez a eventos traumáticos, particularmente experiencias de violencia interpersonal (violencia de pareja, abuso sexual/físico, presenciar violencia...) aumenta el riesgo de que afloren sentimientos negativos, se vuelvan más vulnerables y pierdan progresivamente la capacidad de autonomía, tendiendo a depender de alguien a la hora de tomar decisiones, aumentando la probabilidad de padecer TUS, así como TEPT u otros trastornos (Hahn et al., 2020, Hill et al., 2018). Uno de los mayores predictores para el consumo de alcohol y drogas es el hecho de padecer abuso sexual antes de los 18 años (Rivas-Rivero et al., 2020). Según Lennon (2021) existen cuatro factores principales relacionados con la VG: las creencias culturales, los celos, el abuso de alcohol y la historia personal de VG, siendo este último y las creencias culturales los que más relación tienen con sufrir VG. El riesgo de sufrirla aumenta si se da una interacción entre todos los factores.

Respecto a las intervenciones que se llevan a cabo con este perfil de mujeres, en diversos estudios como los de Bryant et al., (2017) y Dawson et al., (2016), se ha

observado el potencial y la mejoría de ciertos programas o terapias para la reducción del malestar psicológico general y la repercusión de trastornos previos como el TEPT. En estos dos artículos, concretamente se observó la diferencia entre la aplicación de un tratamiento conductual llamado Problem Management Plus (PM+) frente a la atención o tratamiento habitual mejorado (EUC/ETAU), obteniendo mejores resultados el grupo donde se había aplicado PM+. Resultados similares se encuentran en el estudio de Hahn et al., (2020), donde también se dividía a los pacientes en dos grupos, unos a la condición Risk Reduction Through Family Therapy (RRFT) y otros a la condición control de tratamiento habitual (TAU), observándose mayor eficacia del RRFT frente a TAU. En otros estudios como el de Sánchez et al., (2019) se ha observado un factor que podría considerarse clave y de protección para promover la reducción de los problemas de salud mental en las víctimas de VG; la resiliencia. Los datos indican que, mujeres con mayores niveles de resiliencia, presentan un menor desarrollo de psicopatologías y menor consumo de drogas.

Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Resulta imprescindible señalar que, a lo largo de la presente revisión sistemática se ha hecho frente a diferentes limitaciones. En primer lugar, hay que tener en cuenta la incapacidad para poder describir las muestras con datos precisos, puesto que, en muchos de los casos, solo se indica el número de participantes o como mucho, el tipo de violencia que han sufrido. A causa de esto, generalizar resulta complicado. Otra de las limitaciones encontradas es la barrera idiomática, lo que ha dificultado el acceso a fuentes en idiomas externos a los expuestos como criterios de inclusión, lo que no permite acceder a cierta información. Por otra parte, los datos sobre las mujeres que sufren VG en países en desarrollo siguen siendo escasos, por lo que no se dispone de información suficiente para comparar la VG y extrapolar los datos de unas culturas a otras y los factores de riesgo y protectores que se dan en cada contexto. Además, el fenómeno de VG debería abordarse desde una perspectiva ecológica (ver página 11), donde se tengan en cuenta los diferentes “niveles” implicados para llevar a cabo estrategias de intervención que sean más eficaces, ya que en muchos estudios solo se tiene en cuenta uno de los niveles y no se le presta atención al resto. Basándome en algunos de los estudios, considero que existe bastante desinformación sobre el concepto de maltrato y violencia en el colectivo de mujeres adictas. Es fundamental que conozcan lo que se entiende por agresión o VG, ya que muchas de ellas, no solamente por la falta de información, sino por la exposición y normalización de la violencia a la que han estado expuestas, no denuncian ni actúan de ninguna manera, además el sentimiento de culpa las lleva a creerse “merecedoras de la misma”. Una solución práctica sería llevar a cabo actividades de información y concienciación con las propias mujeres, así como sensibilizar y formar a todos aquellos profesionales que tengan relación con ellas, lo que podría facilitar la detección de nuevos casos y llevar a cabo las actuaciones necesarias, siendo prioritario e imprescindible incluir la perspectiva de género de forma transversal en toda intervención con mujeres adictas.

Por último, como futuras líneas de investigación, se propone indagar en profundidad otros tipos de tratamiento que estén más enfocados en la mujer. Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de protocolos terapéuticos hasta la fecha estaban basados en la drogadicción masculina y hasta ahora la “norma” la imponía el varón adicto, considerándose la adicción femenina como una desviación de la misma. La mujer adicta muestra características sutilmente diferentes a las del varón, con lo cual, debería hacerse más hincapié en el diferente estilo terapéutico que hay que utilizar en base a la condición que se nos presente y el tipo de droga a la que se muestre adicción, ya que, aunque un hombre y una mujer compartan o muestren la misma problemática, la mujer presenta unos problemas específicos que no suele presentar el hombre. Todos estos factores hacen que

las mujeres muestren mayores dificultades para acceder, continuar y finalizar un tratamiento. Por estos motivos, se reclama prevención y tratamientos específicos para mujeres donde se pueden plantear diferentes retos de intervención e incluir programas en los que se trate la prevención del VIH, ya que, a lo largo del trabajo, se ha tratado la relación existente entre el consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo. Además, la coordinación de recursos entre el ámbito de la atención a la VG y el de drogodependencias es prácticamente inexistente o todavía se encuentra muy poco desarrollado (ejemplo: tener un TUS es criterio de exclusión en los recursos de VG), por lo que disminuye la capacidad de atender a las mujeres que sufren ambas problemáticas de forma concomitante y, la ausencia de esta cooperación entre servicios, da lugar a que las pacientes lleguen a situaciones límite siendo los familiares, en la mayoría de los casos, los que sufren las consecuencias, repercutiendo negativamente en el entorno que les rodea. Por ello, tanto la salud pública como las instituciones sociales, políticas y sanitarias implicadas deberían trabajar de forma conjunta para lograr y promover el cambio. Todavía resulta complicado medir el impacto de muchas estrategias preventivas que se aplican, por lo que sería esencial que todos los programas en los que se lleve a cabo una intervención mostrasen luego los resultados obtenidos.

Por otra parte, considero que sería necesario abordar y concienciar sobre esta problemática desde edades tempranas y despertar el interés en los más jóvenes acerca de la importancia que tiene la educación como factor protector en el desarrollo de conductas violentas. En esta misma línea, sería recomendable actuar de forma preventiva con los hijos, ya que muchas veces son víctimas directas, bien por el consumo o comportamientos violentos y sufren las repercusiones del entorno que les rodea.

Finalmente, la VG es mucho más que un problema de salud pública, se trata de una violación en toda regla de los derechos humanos de la mujer, lo que da lugar a una afectación de su capacidad para ejercer otros derechos. En muchos países todavía no está regulado y muchas formas de discriminación que la mujer sufre en la sociedad están reforzadas y perpetúan la violencia. Sería de especial importancia que todos los países revisasen sus propias leyes y comenzasen a apoyar la reducción de las desigualdades que todavía existen entre hombres y mujeres y otros problemas como la VG, que se dio, se da y se seguirá dando si no se concientia a la gente y no se llevan a cabo los cambios pertinentes.

En este contexto, la Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha resaltado la importancia de abordar las necesidades de las mujeres que consumen drogas.

Se puede concluir que la presente revisión sistemática ha aportado información suficiente como para dar evidencia acerca de la relación existente entre el consumo de sustancias y la VG. La VG es un problema que se lleva dando mucho tiempo y se ha generalizado en todas las sociedades, sobre todo en la población que padece TUS. Tiene graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida de la mujer, aumentando el riesgo de diversas enfermedades físicas, mentales, incluso la muerte en algunas ocasiones.

La mayor parte de los casos se produce en el contexto familiar y suelen ejercerla hombres que conocen, muchas veces la propia pareja o ex pareja. Por lo tanto, sería fundamental conocer el papel que desempeña el equilibrio de poder entre hombres y mujeres e identificar las formas en las que podría modificarse, sobre todo en los casos en los que este equilibrio sea disfuncional. Por otra parte, las causas de la VG y el consumo de sustancias son multifactoriales y complejas. Pueden existir diferencias según la raza, la clase social o cultural y la región o lugar del que proceden. Sería de especial relevancia conocer los factores de riesgo y protectores existentes en los distintos contextos y así desarrollar intervenciones adecuadas para este perfil de mujeres. De cara a un futuro, otro

elemento importante para prevenir la violencia sería promover desde edades tempranas las relaciones equitativas entre hombres y mujeres. La realidad de este fenómeno, tristemente, es que no va a dejar de existir o desaparecer de la noche a la mañana, por lo que un aspecto clave y muy importante sería brindar la mejor atención posible tanto a las mujeres que sufren VG como a sus hijos. Asimismo, el personal sanitario debe estar debidamente capacitado de modo que pueda identificar, promover y responder de manera correcta a las necesidades que esta población requiere. Finalmente, toda intervención que se lleve a cabo debería respetar la autonomía de las mujeres, así como identificar y brindarles una serie de herramientas, diferentes e incompatibles a las que utilizaban anteriormente para “resolver” los problemas (en la mayor parte de los casos usan las sustancias como “vía de escape”), y disponer de alternativas saludables para abordar de forma eficiente cualquier situación compleja que se les presente en un futuro.

Referencias

- Álvarez, S. O., Quijada, R. A., & Mosquera, A. C. R. (2020). Análisis de violencia sexual en el ocio nocturno. *Interacción y perspectiva*, 10(2), 156-164.
- Amaral, L. B. D. M., Vasconcelos, T. B. D., Sá, F. E. D., Silva, A. S. R. D., & Macena, R. H. M. (2016). Domestic Violence and the Maria da Penha Law: Profile of Aggression in Women Sheltered in a Social Unit of Protection. *Revista Estudos Feministas*, 24(2), 521-540. <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders; DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- Blume, S. B. (1994). Women and addictive disorders. *American Society of Addiction Medicine*, 1-16.
- Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Mulili, C., Ndogoni, L., Koyiet, P., Sijbrandij, M., Ulate, J., Harper Shehadeh, M., Hadzi-Pavlovic, D., & Van Ommeren, M. (2017). Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS medicine*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002371>
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5). <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.524>.
- Caldentey, C., Muñoz, J. T., Ferrer, T., Casals, F. F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J. I., & Melich, M. T. (2016). Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y prevalencia. *Adicciones*, 29(3), 172-179. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.738>
- Choo, E. K., Zlotnick, C., Strong, D. R., Squires, D. D., Tapé, C., & Mello, M. J. (2016). BSAFER: A Web-based intervention for drug use and intimate partner violence demonstrates feasibility and acceptability among women in the emergency department. *Substance abuse*, 37(3), 441-449. <https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1134755>
- Cohen, L. R. & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57(1), 100-106. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.100>

- Corsi, J. (1998). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En: R. Valez & P. Hume (Eds.), *Violencia Doméstica*. Cuernavaca: Cidhal, PRODEC, Centro de Documentación Betsie Hollants.
- Crespo, M., Soberón, C., Fernández-Lansac, V., & Gómez-Gutiérrez, M. M. (2017). Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. *Psicothema*, 29(2), 191-196. <http://doi.org/10.7334/psicothema2016.212>
- Dawson, K. S., Schafer, A., Anjuri, D., Ndogoni, L., Musyoki, C., Sijbrandij, M., van Ommeren, M., & Bryant, R. A. (2016). Feasibility trial of a scalable psychological intervention for women affected by urban adversity and gender-based violence in Nairobi. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1117-x>
- Díaz, M. M., Contreras, A. E. R., Gómez, B. P., Romano, A., Caynas, S., & García, O. P. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud mental*, 33(5), 451-456.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), 627-654.
- El-Bassel, N., & Witte, S. (2001). Drug use and physical and sexual abuse of street sex workers in New York City. *Research for Sex Work*, 4, 31-32.
- El Bassel, N., Gilbert, L. y Rajah, V. (2003). The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and VIH. *Addictive Behaviours*, 28(8), 1385-403. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00266-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00266-6)
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E. y Chang, M. (2011). Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics--challenges and implications for prevention and treatment. *Substance Use & Misuse*, 46(2-3), 295-306. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.523296>
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H. y Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95(3), 465- 470. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.023200>
- Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., & Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Flynn, P. M., & Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.013>
- Fiol, E. B., & Pérez, V. A. F. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 7-19.
- Frye, V. (2001). Intimate partner sexual abuse among women on methadone. *Violence Vict.* 16(5). 553-564.
- Galvão, A. E. O., Saavedra, L., & Cameira, M. (2018). Economic and sociocultural poverty in drug abuse: from individual to sociopolitical responsibility. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 820-833. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170970>
- García-Esteve, L., Torres-Gimenez, A., Canto, M., Roca-Lecumberri, A., Roda, E., Velasco, E. R., Echevarría, T., Andero, R., & Subirà, S. (2021). Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. *Psychiatry Research*, 306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114240>

- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*, 6.
- Guillén Verdesoto, X., Ochoa Balarezo, J., Delucchi, G., León Mayer, E., & Folino, J. (2021). Celos y violencia en parejas de estudiantes de la Universidad de Cuenca, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 15(1). <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2353>
- Hahn, A. M., Adams, Z. W., Chapman, J., McCart, M. R., Sheidow, A. J., de Arellano, M. A., & Danielson, C. K. (2020). Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events. *Contemporary clinical trials*, 93. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106012>
- Ham, L. S., Wiersma-Mosley, J. D., Wolkowicz, N. R., Jozkowski, K. N., Bridges, A. J., & Melkonian, A. J. (2019). Effect of alcohol intoxication on bystander intervention in a vignette depiction of sexual assault. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(2), 252-260. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.252>
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.
- Hildebrand Karlén, M., Roos Af Hjelmstätter, E., Fahlke, C., Granhag, P. A., & Söderpalm Gordh, A. (2017). Alcohol Intoxicated Witnesses: Perception of Aggression and Guilt in Intimate Partner Violence. *Journal of interpersonal violence*, 32(22), 3448–3474. <https://doi.org/10.1177/0886260515599656>
- Hill, D. C., Stein, L. A., Rossi, J. S., Magill, M., & Clarke, J. G. (2018). Intimate violence as it relates to risky sexual behavior among at-risk females. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 10(6), 619. <https://doi.org/10.1037/tra0000316>
- Kramer, J. F., Cameron, D. C., & World Health Organization. (1975). *A Manual on drug dependence: Compiled on the basis of reports of WHO expert groups and other WHO publications*.
- Lennon, S. E., Aramburo, A. M. R., Garzón, E. M. M., Arboleda, M. A., Fandiño-Losada, A., Pacichana-Quinayaz, S. G., Muñoz, G. I. R., & Gutiérrez-Martínez, M. I. (2021). A qualitative study on factors associated with intimate partner violence in Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), 4205-4216. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21092020>
- Letourneau, E. J., Holmes, M. & Chasendunn-Roark, J. (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 9(2), 115-120. [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(98\)00031-0](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(98)00031-0)
- Llopis Giménez, C., Hernández Mancha, I., & Rodríguez García, M. I. (2016). Estudio de los casos reconocidos en la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) de Sevilla, durante los años 2013 y 2014. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(1-2), 12-25.
- Llopis, J. J., Castillo, A., Rebolledo, M., & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83905208>
- Lynch, W. J., Roth, M. E. & Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164(2), 121-137. <https://doi.org/10.1007/s00213-002-1183-2>

- Marotta, P. L., Terlikbayeva, A., Gilbert, L., Hunt, T., Mandavia, A., Wu, E., & El-Bassel, N. (2018). Intimate relationships and patterns of drug and sexual risk behaviors among people who inject drugs in Kazakhstan: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*, 192, 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.046>
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A. & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. *The British Journal of Psychiatry*, 176(3), 285-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.285>
- Mèlich, M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122048001>
- Miller, B. A., Downs, W. R. & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 11, 109-117. <https://doi.org/10.15288/jsas.1993.s11.109>
- Natera Rey, G., Moreno López, M., Toledano-Toledano, F., Juárez García, F., & Villatoro Velázquez, J. (2021). Intimate-partner violence and its relationship with substance consumption by Mexican men and women: National Survey on Addictions. *Salud mental*, 44(3), 135-143. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.018>
- NIDA (2001). Métodos de tratamiento para la mujer. Infobox. 12964. Enero. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 243.
- Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Grant, B. F., Lin, K. H. y Blanco, C. (2011). Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey. *Psychiatric Services*, 62(8), 959-962. https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0959
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud: resumen. 2003. Recuperado el 24 de febrero de 2007 de <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alcohol; datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 29(5), 32-37.
- Ortiz, L. G., Casique, L. C., Aguirre, A. Á., Colín, C. A. N., & Ramírez, L. C. (2018). Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres: estudio de caso en la región sur de Jalisco, México. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(4), 64-78.
- Rivas-Rivero, E., Bonilla-Algovia, E., & Vázquez, J. J. (2020). Risk factors associated with substance use in female victims of abuse living in a context of poverty. *Annals of Psychology*, 36(1), 173-180. <https://doi.org/10.6018/analesps.362541>
- Rubio-Labordá, J. F., Almansa-Martínez, P., & Pastor-Bravo, M. D. M. (2021). Sexist relationships in Generation X and Millennials. *Atencion primaria*, 53(4), 101992-101992. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101992>
- Sánchez, M. F., & Lopez-Zafra, E. (2019). The voices that should be heard: A qualitative and content analysis to explore resilience and psychological health in victims of intimate partner violence against women (IPVAW). *Women's Studies International Forum*, 72, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005>

- Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Shamu, S., Gevers, A., Mahlangu, B. P., Jama Shai, P. N., Chirwa, E. D., & Jewkes, R. K. (2016). Prevalence and risk factors for intimate partner violence among Grade 8 learners in urban South Africa: baseline analysis from the Skhokho Supporting Success cluster randomised controlled trial. *International health*, 8(1), 18-26. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihv068>
- Souza, M. R. R. D., Oliveira, J. F. D., Chagas, M. C. G., & Carvalho, E. S. D. S. (2016). Gender, violence and being homeless: the experience of women and high risk drug use. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876>
- Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91(8), 1141-1150. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91811416.x>
- Tortajada Navarro, S. (2008). Cocaína y conductas violentas. Un estudio cualitativo desde una perspectiva de género. <http://hdl.handle.net/10550/15683>
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L., & Torrens, M. (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones. *Adicciones*, 27(3), 168-178.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.703>
- Veloso, C., & Monteiro, C. F. D. S. (2019). Consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of violence by intimate partner. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0581>
- Wechsberg, W. M., Bonner, C. P., Zule, W. A., van der Horst, C., Ndirangu, J., Browne, F. A., Kline, T. L., Howard, B. N., & Rodman, N. F. (2019). Addressing the nexus of risk: Biobehavioral outcomes from a cluster randomized trial of the Women's Health CoOp Plus in Pretoria, South Africa. *Drug and alcohol dependence*, 195, 16-26.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.036>
- Yucel, M. y Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 33-39.
<https://doi.org/10.1080/09595230601036978>

Fecha de recepción: 12/04/2022

Fecha de revisión: 06/09/2022

Fecha de aceptación: 01/09/2023

Cómo citar este artículo:

Saiz, A. (2023). Depresión, la pandemia silenciada. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 49-77. doi: 10.33000/mlspr. v6i2.1342.

DEPRESIÓN, LA PANDEMIA SILENCIADA

Alexia Saiz Calderón

Universidad Europea del Atlántico (España)

alexiasaiz@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-3316-0524>

Resumen. A finales de diciembre de 2019, en la ciudad china de Wuhan, aparece por primera vez en varias personas una enfermedad con predominancia de síntomas respiratorios causada por el virus SARS-CoV-2 (Coronavirus), semanas después, los casos se habían multiplicado y extendido por el mundo. Las repercusiones originadas por las medidas tomadas para frenar los contagios se empezaron a manifestar en la salud psicológica de las personas. Gran cantidad de estudios exploran la relación con depresión, aquí se realiza una revisión sobre los conocimientos del tema con el fin de clarificar. Se incluyeron 50 investigaciones donde se estudia cuantitativamente la depresión en personas de países afectados por la pandemia, con muestra igual o superior a 200 sujetos. Los resultados muestran un aumento de sintomatología depresiva a nivel general y diferencian prevalencia entre grupos como edad y sexo entre otros. Los datos pueden considerarse para el planteamiento de intervención a la problemática.

Palabras clave: revisión, depresión, pandemia, Covid-19, grupos

DEPRESSION, THE SILENCED PANDEMIC

Abstrac. At the end of December 2019, in the Chinese city of Wuhan, a disease with a predominance of respiratory symptoms caused by the SARS-CoV-2 virus (Coronavirus) appears for the first time in several people, weeks later, the cases had multiplied and spread around the world. The repercussions caused by the measures taken to stop the infections began to manifest themselves in the psychological health of the people. A large number of studies explore the relationship with depression, here a review of the knowledge of the subject is carried out in order to clarify. 50 investigations were included where depression is quantitatively studied in people from countries affected by the pandemic, with a sample equal to or greater than 200 subjects. The results show an increase in depressive symptoms at a general level and differentiate prevalence between groups such as age and sex, among others. The data can be considered for the intervention approach to the problem.

Key word: review, depression, pandemic, Covid-19, groups

Introducción

Los coronavirus, son una familia de virus (coronaviridae) que producen una serie de enfermedades que, generalmente, dejan como síntomas principales problemas respiratorios de distinto tipo, desde leves como el resfriado común hasta más graves como síndrome respiratorio o neumonía. A lo largo de la historia se han visto casos como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) de 2003 o el síndrome respiratorio de Oriente Medio (SERS) en 2012 (García-Iglesias et al., 2020).

En los últimos días del año 2019, en Wuhan, ciudad China, se detectaron varios casos de neumonía con origen desconocido, hasta que diversos estudios identificaron que la sintomatología tenía etiología vírica, concretamente del tipo *coronaviridae*, con mucha similitud al virus de la anteriormente nombrada SARS-CoV, por tanto se nombró a este como SARS-CoV-2 y a la enfermedad que provoca, enfermedad por coronavirus 2019 o Covid-19 (Pérez Abreu et al., 2020).

A finales de enero de 2020, el día 30, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación como emergencia de salud pública a nivel global, con el paso de escasos meses, el virus y la enfermedad provocada por este, se extendió desde una ciudad china a una importante parte de Europa, siendo Italia la primera fuertemente afectada, seguido de España, continuando por toda la zona occidental, tocando a los países que parecían exentos y expandiéndose a casi cualquier territorio del plano terráqueo. Siguiendo dos criterios claros (1) el brote afecta a más de uno de los cinco continentes del mundo y (2) los contagios y expansión de los casos en cada uno de los países vienen dados por transmisión comunitaria (unas personas hacia otras por contacto directo o indirecto); el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia mundial (Velavan & Meyer, 2020).

En las diferentes localizaciones geográficas, la pandemia ha evolucionado de manera distinta y las medidas que se han instaurado para su frenado han sido muy diversas y en tiempos variables. A pesar de las recomendaciones generales dadas por la OMS, cada país ha tenido la libertad de gestionar la situación en función a los recursos y requerimientos, por lo que ante medidas diferentes, se han producido secuelas diversas. Por ejemplo, en España, país desde el que se redacta la presente revisión sistemática, se decreta el estado de alarma por situación extrema en sanidad el 14 de marzo de 2020, fecha en que comienza un estricto confinamiento domiciliario hasta principios de mayo, situación que afecta a todos los españoles exceptuando trabajadores de servicios esenciales, solo para el desempeño de su función en el cargo laboral. Otros países como Suecia, no tomaron esa medida, pero los cambios en el día a día de los ciudadanos también han sido y son significativos.

Aun así, a nivel internacional y a pesar de la diversidad de metodologías para frenar el impacto en la salud de la población, se han dado consecuencias para todos, tanto a nivel económico, como social o de salud (García-Iglesias et al., 2020).

Con la ralentización del mundo debido al cambio de prioridades, las industrias redujeron o incluso pararon la producción de sus productos y tuvieron que dejar la comercialización internacional, con todo ello, se redujeron las ventas, llegó la caída del petróleo, los desajustes en bolsa, el cierre de muchas empresas de todo tipo de sectores, la pérdida de empleo de millones de personas a lo largo del mundo, etc. Sumado a toda esta reducción económica, también llegó el aumento en los costos sanitarios, situación que agrava el problema. Por otro lado, a nivel social también se observan cambios, tanto con los relacionados con el tema económico como aquellos producidos por el distanciamiento social en el curso de la pandemia o el aislamiento producto de las medidas para combatir al virus, lo cual supone un impacto muy grande en la sociedad general al tratarse el humano de un ser social.

La parte más crítica de esta situación son las consecuencias en la salud, pero no solo en la salud física como parte más obvia del problema, sino la salud mental derivada de la

situación y preocupación a nivel general y causa de las medidas preventivas contra la contracción de la Covid-19. Los primeros golpeados por la pandemia, los afectados por la enfermedad y los combatientes contra ella, como son el personal sanitario, se vieron especialmente afectados, estos últimos expuestos constantemente al riesgo de contagio, sin disponer en muchos casos, y sobre todo al principio, del material necesario para protegerse y prevenir la infestación. Además del aumento en la carga de trabajo y de horas de sus jornadas, el miedo al contagio propio y de sus familias, así como el rechazo y discriminación que han recibido y aún reciben por parte de los demás por la posibilidad de ser portadores, ha supuesto un peso extra a la situación y con ello ha generado consecuencias adversas para la salud psicológica de estas personas (Ribot Reyes et al., 2020).

Como se ha comentado, a nivel general, las diferencias en las medidas y restricciones, y percepción sobre el estado de la situación, hace que se observen problemáticas distintas, pero también se encuentran patrones comunes. Diversos estudios desarrollados en los meses más duros de la pandemia, y que se presentan en esta revisión, muestran cambios en el estado psicológico de la población, se aprecia en variables como el estrés, ansiedad, tristeza o incluso depresión.

La preocupación acerca de la situación sanitaria general, el miedo al contagio propio de la enfermedad o a la transmisión del mismo a las personas del círculo cercano como familiares, concretamente de alto riesgo; el sentimiento de soledad derivado de las propias medidas preventivas de contracción del virus; la incertidumbre sobre el futuro económico a nivel mundial y en particular de cada uno y sus allegados, o el sufrimiento causa de las secuelas socioeconómicas de la situación, son factores que pueden contribuir en el estado y salud psicológica, como puede ser la generación de tristeza o disminución del estado de ánimo, dejando a su paso más sintomatología como el cambio en el apetito (aumento o disminución), afecciones en el sueño, cambios en los ritmos circadianos normales, etc. También se han observado dificultades para conciliar el sueño, mantenerlo, o en el polo opuesto, dormir gran parte del día (Galindo-Vázquez et al., 2020). Todo esto, coincidente con los síntomas de un trastorno ya bastante prevalente en la población mundial como es la depresión (Ariapooran et al., 2021). En enero de 2020, la OMS calcula que más de 300 millones de personas lo sufrían en el mundo.

Esta problemática tan extendida, caracterizada por cambios en el estado de ánimo, así como de las respuestas emocionales ante las diferentes circunstancias, se trata de la primera causa a nivel mundial de discapacidad (Calvó, 2020), y aunque dentro de la misma, la gravedad sea variable, los peores casos pueden conducir a pensamientos, intentos autolíticos o finalmente el suicidio consumado. Son muchos los factores de riesgo para desarrollar esta problemática, o al menos para que se manifiesten algunos de sus síntomas, entre ellos se encuentra el tener antecedentes (haber sufrido un episodio depresivo previo o tener un familiar que haya sufrido la problemática); abuso de alcohol o drogas, el consumo de algún fármaco específico; haber sufrido un trauma (situación de abusos, maltrato, etc.), la muerte de algún ser querido; padecer enfermedades graves y/ o crónicas, problemas relacionales, exposición a estrés continuado, es decir durante un largo periodo de tiempo; soledad o sentimiento de soledad; situaciones conflictivas e inciertas en el entorno, lo que abarcaría la pérdida de trabajo, las restricciones a nivel general, etc (Lugo et al., 2018).

Como se puede observar, muchos de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión, han aparecido en las vidas de gran parte de las personas causados por la situación de pandemia mundial a la que nos enfrentamos, es así pues que resulta de gran interés el estudio del fenómeno, puesto que como se ha descrito anteriormente, las consecuencias pueden ser incluso letales (Galindo-Vázquez et al., 2020).

En los últimos meses, la cantidad de estudios publicados relacionados con los efectos psicológicos que ha dejado a su paso la situación han sido masivo, concretamente sobre la

relación con la problemática depresiva. A pesar de ello, la información aún sigue sin esclarecer las dudas, puesto que el exceso de datos diferentes en un periodo tan corto y con muestras tan diversas genera confusión, dificultando la organización de los conocimientos y el consenso entre los profesionales.

Dada la relevancia del tema por tratarse de una cuestión de extrema actualidad, que acontece a los ciudadanos a nivel internacional por el gran impacto que tiene, el objetivo de esta revisión es recopilar los datos sobre las publicaciones más recientes y relevantes acerca de la relación encontrada entre la situación actual de pandemia (Covid-19) y la depresión o su sintomatología, para así aclarar, sintetizar y poder concluir sobre puntos comunes y diferencias en los distintos tipos de muestras estudiadas que se describirán en los apartados siguientes.

Metodología

Método

En primera instancia se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos Sciencedirect y PubMed con los términos “Despression and Covid” a fecha de 10 de Noviembre de 2021. Los resultados obtenidos en la búsqueda a través de ScienceDirect fueron de 1127 artículos una vez filtrados por tema: psicología y por tipo: artículos de investigación. En el caso de la herramienta de búsqueda PubMed, tras filtrar por artículos de revista, el número de artículos ascendía a 5839. La selección de artículos final fue a través de los siguientes criterios de inclusión (1) que se evalúe cuantitativamente la sintomatología depresiva a través de herramientas psicométricas con alta consistencia interna, fiabilidad y validez; (2) el tamaño de la muestra debe ser igual o superior a 200 participantes; (3) los sujetos muestrales deben haber sufrido un cambio tras decretarse la situación de pandemia, es decir, que su territorio geográfico haya sido afectado por medidas para el frenado del virus. Por tanto, las investigaciones excluidas de la presente revisión son aquellas que no evaluaban cuantitativamente la sintomatología depresiva o se hace a través de una herramienta con propiedades psicométricas insuficientes, además de las investigaciones con tamaño muestral inferior a 200 personas, también se excluyeron aquellas en las que se estudia con muestra de zonas prácticamente no afectadas por el virus, es decir, donde la situación ha estado más controlada y las medidas preventivas han afectado poco en las vidas de los ciudadanos.

Una vez detectadas las características concretas, la selección fue a través de su orden de relevancia, basado en número de citas por tiempo que lleve publicado el artículo, escogiendo 50 de ellos, los primeros 25 de Sciencedirect y los 25 restantes del motor de búsqueda Pubmed.

Resultados

Participantes

De los 50 artículos seleccionados, obtenemos una muestra total de 105576 personas, de estas, un 34% aproximadamente se trata de varones y alrededor del 66% mujeres. La mayoría de las investigaciones se han realizado con población adulta entre 18 y 50 años. La edad media de los sujetos totales es de 33,6 años. Sin embargo, aunque la mayoría sea población adulta general, hay varios con menores de 18 como es el caso de Cheng et al. (2021), Liu y Wang (2021), Tang et al. (2021) o Wu et al. (2021). Del mismo modo, también contamos con muestras con edades que superan los 50 años (Mazza et al., 2020; Van den Besselaar et al., 2021).

Otras características destacables de los usuarios evaluados es que proceden de varios países, como España, Italia, Holanda, Alemania, Austria, Suecia, Grecia, Rusia, Bangladesh, Suiza, Rumanía, China, Turquía, Israel, Corea del sur, Inglaterra, Estados Unidos, Irán, Ruanda, Haití, Togo, República independiente del Congo y Australia. Los países que más se repiten son China, en 11 de los estudios, Turquía en 5, Estados Unidos en 5 de estos e Inglaterra en 4.

Aunque una parte significativa de los datos proceden de la población general de los distintos países, algunos estudios trabajan específicamente con estudiantes, por ejemplo, el de Jin et al. (2021) o el de Tang et al. (2021). Otros como los de Zheng et al. (2021) y Young et al. (2021) con personal sanitario y el de Mazza et al. (2020) con pacientes Covid. También se cuenta con una muestra de mujeres embarazadas muy amplia, siendo la población estudiada en un 10% de los artículos que se analizan, por lo tanto, la variedad proporcionará riqueza comparativa entre grupos clave.

Procedimiento

Los estudios seleccionados para la elaboración de la revisión sistemática realizaron sus encuestas a través de plataformas online como puede ser Google Forms, REDCap o WeChat, entre otras. Dos de ellos fueron la excepción, en el estudio realizado con padres cuyos hijos sufren TEA de Maniarikova et al. (2021), las encuestas se realizaron en general online, pero en 30 de los casos fue de modo telefónico.

En el artículo de Mazza et al. (2020), los participantes respondieron el cuestionario a través de papel en el hospital en el que ingresaron por Covid.

En general, como los criterios de inclusión eran amplios, la técnica para reclutar muestra era la difusión de los cuestionarios a través de redes sociales (técnica de bola de nieve).

Pruebas utilizadas

En los 50 artículos seleccionados, se han utilizado un total de 16 pruebas para medir la depresión, el más utilizado es el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), el cual se utiliza en 17 de las investigaciones; seguido, utilizándose en 6 ocasiones está la versión corta de la Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21).

El cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) de Kroenke (2001), se trata de un cuestionario de 9 ítems para la detección del trastorno depresivo, así como la detección del nivel de gravedad, basándose en los criterios del manual de diagnóstico DSM - IV. Cuenta con un décimo ítem que valora el deterioro funcional causado por la sintomatología depresiva. La puntuación va desde los 0 puntos hasta los 27 y los ítems son tipo likert de 4 alternativas (0= en absoluto hasta puntuación de 3=casi todos los días). Según la puntuación obtenida se determina la gravedad de la problemática, de 0 a 4, ausencia del problema; de 5 a 9 leve; de 10 a 14 moderada; de 15 a 19 moderadamente grave y de 20 a 27 grave (Kroenke et al., 2001). Su tiempo de administración es muy breve, alrededor de 5 minutos. Este cuestionario cuenta con buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .74 antes de tratamiento y de .81 después (Cassiani-Miranda et al., 2021).

Por otro lado, la Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión 21 (DASS-21) de Lovibond y Lovibond (1995), se trata de una herramienta autoinformada que evalúa los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés centrándose en los 7 días previos. Está compuesta por 21 ítems tipo likert de 4 opciones de respuesta (0 = no se aplica a mí en absoluto; 3 = me aplica mucho o la mayor parte del tiempo), indicando mayor gravedad las puntuaciones más altas. El punto de corte establecido para la depresión es 6. El tiempo estimado de administración gira en torno a los 10 minutos. En cuanto a la fiabilidad de la escala, en todas las investigaciones en los diferentes países presenta buenas propiedades psicométricas, según muestra Scholten et al. (2017): todos: $\alpha = .911$; Alemania: $\alpha = .885$; Italia: $\alpha = .914$; Rusia: $\alpha = .890$; España: $\alpha = .895$.

En las investigaciones restantes, se usan diferentes herramientas, como el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-2 o Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), utilizada en tres de los estudios o incluso la PHQ completa. El Inventario de depresión de Beck (BDI), en su versión completa y también en la versión breve de 13 ítems. En otras cinco investigaciones, se utiliza la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria. Por otro lado, la Escala de

Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), el Hopkins Symptom Checklist (HSCL), la Edinburgh Depression Scale (EDS) o incluso la Escala de Medición de la Depresión de la OMS han sido herramientas que se han utilizado en los estudios analizados.

Resultados

Como se ha explicado anteriormente, la depresión y su sintomatología es una problemática muy prevalente a lo largo del mundo y debido a las características de la situación de pandemia por la que atraviesa el mundo y, sobre todo, ha atravesado los pasados meses, existe la sospecha de un aumento en la sintomatología depresiva por el aumento en los factores de riesgo para su padecimiento. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión coinciden en que, a nivel general, entre el 20 y el 40% de la población muestra síntomas depresivos, situando la media en un 32,6%, que al comparar con la media general establecida entre el 8 y el 15% (OMS, 2020), se ha observado un incremento muy significativo. Es cierto que la prevalencia es incluso mayor en ciertas muestras particulares, como es el caso de los sanitarios, llegando a encontrarse datos por encima del 40%, como en el estudio de Mosolova et al. (2021), donde su muestra presenta una tasa de depresión que alcanza el 45,5%. También la investigación de Das et al. (2020), donde el 63,5% de los médicos que conforman la muestra presentan depresión. Otro tipo de población que ha resultado especialmente afectada son las mujeres embarazadas, todos los estudios con este tipo de muestra han mostrado datos superiormente significativos, uno de ellos en especial por exponer tasas de sintomatología depresiva superior al 50%, concretamente el 56,3% de las mujeres (Kahyaoglu y Kucukkaya., 2021).

Otro de los estudios que destacan por la alta prevalencia de sintomatología depresiva es el realizado con población general de varios países durante el tiempo de cuarentena, indicando datos del 58%, el más alto de los revisados (Shah et al., 2021). Ligado a esto, encontramos coincidencia en varios estudios en que la dureza y extensión de las medidas restrictivas a nivel social implementadas por los gobiernos para frenar la pandemia, como puede ser el confinamiento domiciliario, se relaciona directamente con el padecimiento de sintomatología depresiva (Perez-Cano et al.2020; Rudenstine et al., 2021; Tang et al, 2021). Shah et al. (2021) concretamente muestra cómo a mayor número de días las personas pasaban en cuarentena, mayor era la prevalencia en sintomatología depresiva.

Exceptuando las aportaciones de Korkmaz y Güloğlu (2021) y Tang et al. (2021), que añade datos contrarios, los demás artículos que distinguen las diferencias de prevalencia de sintomatología depresiva en hombres y mujeres, muestran que son estas últimas las que más han notado y sufrido el tránsito por una situación de alarma sanitaria. Ya antes de estos meses, las mujeres en general estaban más afectadas por esta problemática de salud mental, se calcula que por cada 10 mujeres afectadas, hay 7 hombres. Tras el curso de esta fase, el incremento para las mujeres ha sido más o menos proporcional; el cómputo general de las evidencias aquí analizadas, dejan reseñas como los ejemplos siguientes: 29,9% mujeres, 20,1% hombres (Cénat et al., 2021); 15% mujeres, 12,2% hombres (Bäuerle et al.,2020); 51,6% de las mujeres de la muestra total y el 45,2% de los hombres (Rudenstine et al., 2021).

Otro dato especialmente relevante y significativo, debido al número de veces que se repite en la mayoría de las investigaciones, es la relación de la edad y la presencia de sintomatología depresiva. Las evidencias muestran que los jóvenes tienen más riesgo de sufrir síntomas de esta psicopatología, donde las edades con más riesgo se sitúan entre los 18 y 30 años, aunque concretamente, un estudio el cual incluye gran variedad muestral (población general de varios países europeos), aporta datos llamativos, y es que las personas en edades comprendidas entre los 16 y los 25 se han visto aún más afectados (Shah et al., 2021). Tan solo el 5% de los artículos, revelan datos diferentes, en donde no se observa diferencia en prevalencia de sintomatología depresiva relacionada con la edad; como particularidad de

estos datos, es destacable que se trata de un artículo que estudia estudiantes con un rango pequeño de edad, de los 16 a los 27 (Tang et al.,2021).

En cuanto a las correlaciones encontradas entre depresión y otras variables, observamos el tipo de medidas preventivas para la contracción del virus tomadas por cada gobierno en los diferentes territorios estudiados. Se obtienen datos proporcionales entre la dureza de las medidas y el número de casos que muestran síntomas de depresión. Los territorios enfrentados a un confinamiento domiciliario como España, Italia o China entre otros, muestran puntuaciones ligeramente más altas con respecto aquellos que a pesar de tener limitaciones, podían salir a la calle (Bäuerle et al., 2020; Fancourt et al.,2021;Fountoulakis et al.,2021; González-Sanguino et al.,2020; Shah et al., 2021).

Muy ligado a esto último, el factor del ejercicio físico aparece como protector para la sintomatología depresiva, siendo proporcional la intensidad del entrenamiento con su capacidad amortiguadora del choque de las medidas de frenado de la ola pandémica según refieren los datos proporcionados por Brailovskaia et al. (2021) y Feter et al. (2021). En el caso de las investigaciones de Shah et al. (2021) Kahyaglu y Kucukkaya (2021), lo que se ve, es que existe relación entre no practicar ejercicio y la presencia de más sintomatología depresiva.

Otra arista especialmente afectada con las medidas anti-Covid han sido las relaciones sociales. A nivel general, se ha incorporado la medida de distanciamiento social, lo cual ha supuesto un factor de riesgo y/ o agravante para el desarrollo de la sintomatología estudiada. González et al. (2020) y Lin et al. (2020), sostienen bajo evidencia la gran influencia de este factor, con correlación de .090, por lo contrario, ninguna de las investigaciones descarta la relación.

Como se ha mencionado y ocurre con otros elementos destacados, el grado de restricción de las medidas agrava o alivia las consecuencias, en lo relativo a las distancia social, es en los casos de confinamiento domiciliario donde se encuentra más relación interproblemática, es decir, las personas aisladas en casa durante un periodo de tiempo, han desarrollado más depresión que aquellos a los que de forma controlada se les ha mantenido establecer contacto interpersonal más allá de los convivientes. Más en profundidad, la investigación de Shah et al. (2021), añade que los más afectados han sido las personas confinadas, que vivían solas, especialmente separadas/divorcias o viudas, seguido de aquellas que habitan en hogares sin niños. Estos datos han sido asociados a factores como la autoeficacia, resiliencia y flexibilidad psicológica con correlaciones de .053, .071 y .090 respectivamente (González et al.,2020; Lin et al., 2021).

Otro elemento muy asociado a la sintomatología depresiva durante la pandemia del Covid, fuertemente evidenciado por los estudios presentes, es la presencia del miedo en las personas. Observamos que el miedo a la propia contracción del virus está presente en una media del 30% de las personas que presentan depresión tras este periodo. Se obtienen porcentajes incluso más elevados en algunas investigaciones que incluían población sanitaria, como es el caso de Gainer et al. (2021), con un 39,5% o la Kang et al. (2020) con un 34,4%. Por otro lado, se destacan datos que llegan al 45,5% en mujeres Haitianas expuestas a Covid y con miedo a al contagio (Cénat et al., 2021).

Por otro lado, la incertidumbre que ha dejado todas las circunstancias vividas con la oleada de contagios y el freno de actividad a nivel internacional, ha acarreado consigo dudas y desasosiego sobre qué será de la economía tanto general como particular. González et al (2020), Lebel et al. (2020) y Shah et al. (2021) nos muestra cómo aquellos con mayores ingresos mensuales puntúan menor en los test de evaluación de problemática depresiva. El miedo al conflicto laboral, a la falta de adaptación al nuevo teletrabajo y finalmente al despido, se encuentra altamente correlacionado con el padecimiento de signos de

psicopatología depresiva, por ejemplo, la investigación de Feter et al. (2021) muestra una correlación de .730 entre estos dos factores.

Discusión

Durante los últimos meses, la geografía prácticamente completa del mundo se ha visto envuelta en una situación completamente extraordinaria y para la que ha quedado bastante claro, que no estábamos preparados. A finales de diciembre de 2019, en Wuhan, ciudad china, aparecen los primeros casos de personas afectadas por un desconocido virus que provocaba una enfermedad con sintomatología difusa que atacaba principalmente al aparato respiratorio (Cruz et al., 2020). Con el paso de pocas semanas, ese virus parecía comenzar a expandirse por el mapa, aun sin ser conscientes de lo peligroso que resulta para la salud, el mundo continúa con su ritmo normal hasta que este alcanza con fuerza la sociedad occidental, como Italia y España, provocando colapsos en el sistema sanitario debido a miles de contagios en tiempo record. Debido a toda esta situación de emergencia sanitaria, los distintos gobiernos comienzan a tomar medidas drásticas, en las que se incluyen diferentes restricciones para el curso de la vida cotidiana, llegando en los casos más estrictos incluso al confinamiento domiciliario de la población.

Como cabría esperar, el conjunto de acontecimientos tan insólitos como repentinos vividos de forma intensa, ha costado el surgimiento de gran variedad de consecuencias para la población terrestre, ya sean a nivel económico, por la parada de la industria, comercialización de productos, etcétera. A nivel social, por las medidas necesarias para el frenado de los contagios masivos del virus, ya que se ha visto que el contagio de este, más fácil y el más común llevado a la práctica es en los casos que las personas portadoras del virus se mantengan a una distancia inferior de metro y medio (sin mascarilla) un tiempo superior a 15 minutos (las gotículas de saliva portarán la carga vírica) (Pinzón, 2020). O a nivel de salud, que más allá de las físicas nos centramos en las psicológicas fruto del conjunto de las anteriores y las medidas establecidas para frenar la ola de contagios. Concretamente resulta destacable cuál ha podido ser la influencia que ha tenido en la aparición de sintomatología depresiva, ya que todo lo descrito anteriormente supondría factor de riesgo para la generación de esta psicopatología (Huarcaya-Victoria, 2020).

Al indagar en las publicaciones científicas sobre el tema, se descubre una cantidad enorme de contenido y datos, que por su investigación y publicación tan rápida debido a la necesidad y actualidad del problema, queda poco claro, por ello, el objetivo general de esta revisión ha sido el análisis de información existente sobre el impacto en cuanto a lo que sintomatología depresiva se refiere, que ha dejado la situación vivida por los ciudadanos del mundo a causa de un brote vírico que ha traspasado fronteras; diferenciando entre grupos de género, edades, localización geográfica y otras situaciones además de factores de riesgo concretos. Específicamente es importante distinguir aquellos grupos o perfiles más perjudicados, para clarificar y determinarlos.

Como se ha observado tras el análisis de la variedad de datos, se concluye de un modo muy genérico (ya que en el apartado anterior de resultados se detalla esta cuestión), que a niveles generales, las personas que se han visto más afectadas son los jóvenes, agravándose en el caso de las mujeres y sobretodo habiendo pasado una situación de confinamiento domiciliario sin un espacio exterior al que acudir durante ese periodo de tiempo, personas que no han realizado ejercicio físico y que su estatus socioeconómico es medio-bajo. Por otro lado, como suma al perjuicio, los estudiantes y aquellas personas que han estado más activas durante los meses más fuerte de pandemia, como por ejemplo sanitarios, han mostrado nivel de depresión más altos, ya sea por la carga psicoemocional que supone y/o por el miedo a contagio debido a la exposición.

Este planteamiento permitirá clarificar el conocimiento sobre el tema en la actualidad, para que así, con las conclusiones obtenidas se pueda dar a conocer dentro de la cultura científica la relevancia del tema, y de cara a futuro se tenga en consideración en las nuevas investigaciones. Por otro lado, otra de las implicaciones prácticas de la revisión reside en usar los datos para poder intervenir en ello, como puede ser a través del planteamiento de estrategias de afrontamiento para la problemática tanto a nivel general (ya que se ha observado aumento del problema), como para los distintos grupos más específicos que se han visto especialmente perjudicados (mujeres, jóvenes, habitantes de países con medidas más estrictas, sedentarios, etc.). Concretamente podría comenzarse utilizando los datos como aval científico que respalde comenzar a dar visibilidad a la importancia de la salud mental como componente esencial de la salud general de las personas, la metodología podría ser a través de medios públicos como puede ser la televisión, o información al alcance visual de todos, por ejemplo, carteles publicitarios en lugares de tránsito habitual entre los ciudadanos (centros sanitarios, edificios de servicios públicos, etc.), dotando al ciudadano del conocimiento necesario para la identificación de signos de alarma de problemas de causalidad psicológica.

Aportando los datos objetivos sobre el aumento a nivel general de depresión, se plantearía también la ampliación de consultas de psicología en la sanidad pública con incluso la creación de la figura del “psicólogo de cabecera”, para así ser capaces de reducir la nueva problemática masiva. En conexión con esto último, siendo las bajas laborales por depresión una de las más comunes en España (INE, 2021), con la inversión de recursos en el tratamiento de depresión se podría lograr la reducción del coste económico que genera al estado.

También otra implicación práctica sería el considerar el paso por la situación de pandemia, concretamente por confinamiento domiciliario (privación de libertad y de contacto con el ambiente exterior) como un nuevo factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva.

En cuanto a las limitaciones, podemos destacar tanto las propias de la revisión sistemática como las que se observan en los artículos originales analizados en ella. En primer lugar y como primera limitación de la presente revisión, se señala que solamente se utilizaron artículos en inglés, descartando aquellos que a pesar de cumplir criterios de inclusión y exclusión no mostraban versión en esta lengua. Otra limitación sería incluir 50 artículos de tan solo dos motores de búsqueda, en este caso son ScienceDirect y Dialnet, pudiendo así haber omitido información relevante de forma involuntaria.

En cuanto a las observadas en los estudios originales que han compuesto la revisión, las limitaciones residen en algunas de las fuentes de información que utilizan para contextualizar y basar sus estudios, ya que al tratarse de un tema tan actual, los apoyos anteriores son mínimos o inexistentes. Otra de las limitaciones es el método para obtener información, ya que casi la totalidad de los artículos utilizan la encuesta online, lo que puede significar que personas de edad más avanzada no han accedido a responder puesto que su manejo de las nuevas tecnologías resulta en términos generales inferior. El uso del método bola de nieve que prima en las evidencias seleccionadas, podría haber dejado parte de población importante fuera de la evolución, pudiendo así producir sesgo de selección.

Dadas las limitaciones destacadas y la obtención de los datos que se observan, se pueden sugerir varias líneas de investigación futura, en primer lugar, el estudio de otras posibles consecuencias a nivel psicológico que el periodo de pandemia (con sus particularidades como las descritas previamente) ha provocado en la población general. También resulta de interés y queda abierto el campo hacia la indagación en los factores que hacen especialmente vulnerables a los grupos de personas más específicas que se han visto afectadas, factores más allá de los quizá más evidentes como los que se han tratado aquí.

Por otro lado, se plantea la idea de realizar investigaciones utilizando varias modalidades de encuesta, ya que teniendo en cuenta que el uso de procedimientos online puede limitar el número de participantes mayores, los datos pueden quedar sesgados.

Referencias

- Akgor, U., Fadiloglu, E., Soyak, B., Unal, C., Cagan, M., Temiz, B. E., Erzenoglu, B. E., Ak, S., Gultekin, M., & Ozyuncu, O. (2021). Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304(1), 125–130.
- Ariapooran, S., Ahadi, B. y Khezeli, M. (2021). Depresión, ansiedad e ideación suicida en enfermeras con y sin síntomas de estrés traumático secundario durante el brote de COVID-19. *Archivos de Enfermería Psiquiátrica*, 29 (4), 225-229.
- Armour, C., McGlinchey, E., Butter, S., McAloney-Kocaman, K. y McPherson, KE (2021). El estudio de bienestar psicológico COVID-19: comprensión del impacto psicosocial longitudinal de la pandemia de COVID-19 en el Reino Unido; un documento de descripción metodológica. *Revista de Psicopatología y Evaluación del Comportamiento*, 43 (1), 174-190.
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E. M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 42(4), 672–678.
- Brailovskaia, J., Cosci, F., Mansueto, G., Miragall, M., Herrero, R., Baños, RM, ... y Margraf, J. (2021). La asociación entre síntomas de depresión, carga psicológica causada por Covid-19 y actividad física: una investigación en Alemania, Italia, Rusia y España. *Investigación en Psiquiatría*, 295 , 113596.
- Calvó, F. E. (2020). PreD: Prevenir depresión, un programa de educación en salud mental. *Difusiones*, 19(19), 10-28.
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., ... & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11-21.
- Cénat, JM, Noorishad, PG, Kokou-Kpolou, CK, Dalexis, RD, Hajizadeh, S., Guerrier, M., ... y Rousseau, C. (2021). Prevalencia y correlaciones de la depresión durante la pandemia de COVID-19 y el papel principal de la estigmatización en países de ingresos bajos y medianos: un estudio transversal multinacional. *Investigación en Psiquiatría*, 297 , 113714.
- Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., Lambelet, V., Cleary, B., O'Shaughnessy, F., Passier, A., Richardson, J. L., Hompes, T., & Nordeng, H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1219–1229.
- Cheng, G., Liu, J., Yang, Y., Wang, Y., Xiong, X. y Liu, G. (2021). Eventos estresantes e ideación suicida de adolescentes durante la epidemia de COVID-19: un modelo de mediación moderada de la depresión y la participación educativa de los padres. *Revisión de Servicios para Niños y Jóvenes* , 127 , 106047.
- Cordoş, A. A., & Bolboacă, S. D. (2021). Lockdown, Social Media exposure regarding COVID-19 and the relation with self-assessment depression and anxiety. Is the medical staff different?. *International Journal of Clinical Practice*, 75(4), e13933.

- Cruz, M. P., Santos, E., Cervantes, M. V., y Juárez, M. L. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 221 (1), 55-61.
- Das, A., Sil, A., Jaiswal, S., Rajeev, R., Thole, A., Jafferany, M., & Ali, S. N. (2020). A Study to Evaluate Depression and Perceived Stress Among Frontline Indian Doctors Combating the COVID-19 Pandemic. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22(5), 20m02716.
- Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2021). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *The Lancet. Psychiatry*, 8(2), 141–149.
- Feter, N., Caputo, E. L., Doring, I. R., Leite, J. S., Cassuriaga, J., Reichert, F. F., da Silva, M. C., Coombes, J. S., & Rombaldi, A. J. (2021). Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort. *Public Health*, 190, 101–107.
- Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., Katsara, A. R., Mantzari, S. N., Padouva-Markoulaki, M., Papatriantafyllou, E. I., Sacharidi, P. I., Tonia, A. I., Tsagalidou, E. G., Zymara, V. P., Prezerakos, P. E., Koupidis, S. A., Fountoulakis, N. K., & Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of Affective Disorders*, 279, 624–629.
- Gainer, D. M., Nahhas, R. W., Bhatt, N. V., Merrill, A., & McCormack, J. (2021). Association Between Proportion of Workday Treating COVID-19 and Depression, Anxiety, and PTSD Outcomes in US Physicians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(2), 89–97.
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica*, 156, 298-305.
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172–176.
- Gündoğmuş, İ., Ünsal, C., Bolu, A., Takmaz, T., Ökten, SB, Aydın, MB, ... y Kul, AT (2021). La comparación de los niveles de síntomas de ansiedad, depresión y estrés de los trabajadores de la salud entre el primer y segundo pico de COVID-19. *Investigación en Psiquiatría*, 301, 113976.
- Hammarberg, K., Tran, T., Kirkman, M., & Fisher, J. (2020). Sex and age differences in clinically significant symptoms of depression and anxiety among people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 327-334.
- Hyland, P., Shevlin, M., Murphy, J., McBride, O., Fox, R., Bondjers, K., ... y Vallières, F. (2021). Una evaluación longitudinal de la depresión y la ansiedad en la República de Irlanda antes y durante la pandemia de COVID-19. *Investigación en Psiquiatría*, 300, 113905.
- Jin, L., Hao, Z., Huang, J., Akram, HR, Saeed, MF y Ma, H. (2021). Los síntomas de depresión y ansiedad están asociados con el uso problemático de teléfonos inteligentes

- bajo la epidemia de COVID-19: los modelos de mediación. *Revisión de Servicios para Niños y Jóvenes*, 121, 105875.
- Jung, S.J., Jeon, Y.J., Yang, J.S., Park, M., Kim, K., Chibnik, L.B., ... y Koenen, K.C. (2021). Impacto de COVID-19 en la salud mental según el estado de depresión anterior: una encuesta de salud mental de datos de cohortes prospectivos de la comunidad. *Revista de Investigación Psicosomática*, 110552.
- Kahyaoglu Sut, H., & Kucukkaya, B. (2021). Anxiety, depression, and related factors in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A web-based cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 860–868.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., Adini, B. y Bonanno, G.A. (2021). Trayectorias de depresión y ansiedad durante asociaciones de COVID-19 con religión, ingresos y dificultades económicas. *Revista de investigación psiquiátrica*.
- Korkmaz, H. y Güloğlu, B. (2021). El papel de la tolerancia a la incertidumbre y el significado de la vida en la depresión y la ansiedad durante la pandemia de Covid-19. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 179, 110952.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5–13.
- Lin, W., Wu, B., Chen, B., Zhong, C., Huang, W., Yuan, S., ... y Wang, Y. (2021). Asociaciones de experiencias relacionadas con COVID-19 con ansiedad y depresión maternas: implicaciones para el manejo de la salud mental de las mujeres embarazadas en la era pospandémica. *Investigación en Psiquiatría*, 304, 114115.
- Liu, Q. y Wang, Z. (2021). Estrés percibido de la pandemia COVID-19 y los síntomas de depresión de los adolescentes: el papel moderador de las fortalezas del carácter. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 111062.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Lugo, S. G., Domínguez, A. P., & Romero, J. C. G. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11.
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594–600.
- Minarikova, E., Vernhet, C., Peries, M., Loubersac, J., Picot, M.C., Munir, K. y Baghdadli, A. (2021). Ansiedad y depresión en padres de niños con trastorno del espectro autista durante el primer encierro de COVID-19: Informe de la cohorte ELENA. *Revista de Investigación Psiquiátrica*.
- Mosolova, E., Sosin, D. y Mosolov, S. (2021). Estrés, ansiedad, depresión y agotamiento en los trabajadores de la salud de primera línea durante dos picos de la pandemia de COVID-19 en Rusia. *Investigación en Psiquiatría*, 306, 114226.

- Nikčević, A. V., Marino, C., Kolubinski, D. C., Leach, D., & Spada, M. M. (2021). Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 279, 578–584.
- Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., & Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2).
- Pérez-Cano, H. J., Moreno-Murguía, M. B., Morales-López, O., Crow-Buchanan, O., English, J. A., Lozano-Alcázar, J., & Somilleda-Ventura, S. A. (2020). Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. Ansiedad, depresión y estrés como respuesta a la pandemia de COVID-19. *Revista Mexicana de Cirugía* 88(5):562-568.
- Pinzón, J. E. D. (2020). Estudio de los resultados del contagio por COVID-19 a nivel mundial. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 65-71.
- Ribot Reyes, V. D. L. C., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19.
- Rudensine, S., McNeal, K., Schulder, T., Ettman, C. K., Hernandez, M., Gvozdieva, K., & Galea, S. (2021). Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in an Urban, Low-Income Public University Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 12–22.
- Scholten, S., Velten, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2017). Testing measurement invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) across four countries. *Psychological Assessment*, 29(11), 1376.
- Shah, S., Mohammad, D., Qureshi, M., Abbas, M. Z., & Aleem, S. (2021). Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 101–110.
- Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353–360.
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S., & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1–7.
- Tasnim, R., Sujan, MSH, Islam, MS, Ferdous, MZ, Hasan, MM, Koly, KN y Potenza, MN (2021). Depresión y ansiedad entre personas con afecciones médicas durante la pandemia de COVID-19: hallazgos de una encuesta nacional en Bangladesh. *Acta Psychologica*, 220, 103426.
- Tsang, S., Avery, AR y Duncan, GE (2021). Miedo y depresión relacionados con la exposición al COVID-19 Un estudio de gemelos adultos durante la pandemia del COVID-19. *Investigación en Psiquiatría*, 296, 113699.
- Van den Besselaar, JH, Vroomen, JLM, Buurman, BM, Hertogh, CM, Huisman, M., Kok, AA y Hoogendijk, EO (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y dominio percibido en adultos mayores antes y durante la pandemia de COVID-19: resultados del Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Amsterdam. *Revista de investigación Psicosomática*, 110656.
- Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), 278.

- Voitsidis, P., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Parlapani, E., Sereslis, K., Tsipropoulou, V., Karamouzi, P., Giazkoulidou, A., Tsopaneli, N., & Diakogiannis, I. (2021). The mediating role of fear of COVID-19 in the relationship between intolerance of uncertainty and depression. *Psychology and Psychotherapy*, *94*(3), 884–893.
- Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., Debien, C., Molenda, S., Horn, M., Grandgenèvre, P., Notredame, C. E., & D'Hondt, F. (2020). Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, *3*(10), 2025591.
- Wu, Z., Liu, Z., Zou, Z., Wang, F., Zhu, M., Zhang, W., ... y Long, Y. (2021). Cambios de experiencias de tipo psicótico y su asociación con ansiedad / depresión entre adolescentes jóvenes antes del COVID-19 y después del cierre en China. *Investigación sobre Esquizofrenia* , *237* , 40-46.
- Yigitoglu, GT, Yilmaz, A. y Yilmaz, H. (2021). El efecto de Covid-19 sobre la calidad del sueño, la ansiedad y la depresión en el personal sanitario de un hospital terciario en Turquía. *Archivos de Enfermería Psiquiátrica* , *35* (5), 504-510.
- Young, K. P., Kolcz, D. L., O'Sullivan, D. M., Ferrand, J., Fried, J., & Robinson, K. (2021). Health Care Workers' Mental Health and Quality of Life During COVID-19: Results From a Mid-Pandemic, National Survey. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *72*(2), 122–128.
- Zheng, R., Zhou, Y., Qiu, M., Yan, Y., Yue, J., Yu, L., Lei, X., Tu, D., & Hu, Y. (2021). Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among Hubei pediatric nurses during COVID-19 pandemic. *Comprehensive Psychiatry*, *104*, 152217.

Anexo 1

Tabla 1
Artículos revisados

Artículo	Muestra	Instrumentos	Procedimiento	Resultados
Akgor et al. (2021)	N= 297 M= 27,64 Hombres=0 Mujeres=297	HADS	Cuestionario Online	Aumento de la depresión, correlación con el miedo a infectarse ellas y a sus bebés durante parto. Dificultad de contacto con personal médico predictor de síntomas de depresión.
Ariapooran et al. (2021)	N=315 M=34,69 Hombres= 120 Mujeres=195	BDI-13, BAI, BSSI, SI, STS.	Cuestionario Online	51,11% Síntomas de estrés traumático. El doble de personas tenía depresión si tenía estrés traumático. Más común en mujeres y enfermeras de urgencias.

Armour et al. (2021)	N=1989 M= ? Hombres= 597 Mujeres= 1392	GAD-7, PHQ-9, LEC-5, UCLA, MLQ, Apoyo social	Cuestionario Online	Aumento tasa depresión en población general inglesa. factores de riesgo: menor sentido de vida y soledad.
Bäuerle et al. (2020)	N=15037 M= ? Hombres= 4353 Mujer=10633	GAD-7, PHQ-2, DT	Cuestionario Online	Tasa de depresión del 14,3%, las mujeres más jóvenes mayor predisposición.
Brailovskaia et al. (2021)	N=1931 M=26,87 Hombres=433 Mujeres=1498	DASS-21, act. física, carga por covid	Cuestionario Online	Aumento de la depresión tras el confinamiento. El ejercicio físico amortiguó el impacto.

Cénat et al. (2021)	N= 1267 M=32 Hombres=750 Mujeres=517	HSCL, CD-RISC2	Cuestionario Online	Tasa media de depresión: 24,3%. factores de riesgo los más jóvenes, mujeres, expuestos a Covid e insatisfechos con el trabajo.
Ceulemans et al. (2021)	N=9041 M= ? Hombres=0 Mujeres=9041	EDS, GAD-7, PSS	Cuestionario Online	El 15% de embarazadas y 13% de madres que dan pecho sufren depresión.
Cheng et al. (2021)	N=1595 M=14,16 Hombres= 707 Mujeres=888	IES-R, CES-D, SIOSS	Cuestionario Online	Eventos estresantes de la situación Covid correlaciona positivamente con depresión. La comunicación padres-hijos factor protector.
Cordos y Balboac. (2021)	N=402 M= Hombres=199 Mujeres=283	OMS-5, GAD-7, SME	Cuestionario Online	No hay aumento de depresión relacionado al uso de redes sociales para obtener información de la pandemia. No hay relación entre edad y depresión.

Das et al. (2020)	N=422 M=27,61 Hombres=234 Mujeres=188	PHQ-9, DSS	Cuestionario Online	El 63,3% de los médicos presentaba signos de depresión. Las mujeres y aprendices tienen más incidencia.
Fancourt et al. (2020)	N=36520 M= Hombres= 8821 Mujeres= 27699	PHQ-9, GAD-7	Cuestionario Online	Tras la primera semana de encierro, la sintomatología depresiva aumentó considerablemente: 27% leve, 13% mod., 5% grave. Tras 20 semanas disminuyó.
Feter et al. (2021)	N=2321 M= Hombres=543 Mujeres=1778	HADS	Cuestionario Online	Los síntomas de depresión moderados-graves han aumentado del 3,9% al 29,1%.

Fountoulakis et al. (2021)	N=3399 M=35,2 Hombres=621 Mujeres=2756	Ad hoc.	Cuestionario Online	El 9,31% tenía depresión clínica, el 21,1% de ellos habían recaído y el 8,96% era su primer episodio depresivo.
Gainer et al. (2021)	N= 1724 M= Hombres=750 Mujeres=959	PHQ-9, GAD-7, APCL	Cuestionario Online	El 39,5% supera el límite en PHQ-9, la exposición al COVID influyó negativamente en el desarrollo de depresión, ansiedad y TEPT. Más riesgo en mujeres y en jóvenes entre 26 y 30 años.
Gonzalez-Sanguino et al. (2020)	N=3480 M=37,92 Hombres=870 Mujeres=2610	PHQ-2, PCL-C-2, GAD-2, InDI-D, UCLA, EMAS, FACIT-Sp12, SCS	Cuestionario Online	Recibir información sobre Covid factor protector para desarrollo de depresión. ser mujer, joven, con escasez o inseguridad económica y soledad, son factores de riesgo.

Gundogmus et al. (2021)	N=2460 M=32,65 Hombres=823 Mujeres=1637	DASS-21	Cuestionario Online	Aumento de la depresión con cada pico/ola de la pandemia. La tasa varía en función de los ingresos económicos y estilos de vida.
Hammarberg et al. (2020)	N=13762 M= Hombres=3328 Mujeres=10434	PHQ-9, GAD-7	Cuestionario Online	Diferencia en la tasa de depresión de hombres(20,1%) y mujeres (26,3%). Tener problema de salud previo es un factor de riesgo.
Hyland et al. (2021)	N=2061 M= Hombres= Mujeres=	PHQ-9, GAD-7, BFI, BRS, LOCS, IWA+IS, DAIS, IUS, PHQ-15	Cuestionario Online	Menos depresión tras la pandemia , no hubo cambios en depresión mayor tras el encierro.

Jin et al. (2021)	N=847 M= Hombres= Mujeres=		Cuestionario Online	Tasa actual depresión en universitarios chinos de 29,16%.
Jung et al. (2021)	N=1928 M= Hombres=680 Mujeres=1248	GAD-7, PCL-5, PHQ-9, UCLA, CD-RISC-10	Cuestionario Online	Personas con depresión previa, recaída. El apoyo social actúa como protector. Más en hombres.
Kahyaoglu y Kucukkaya. (2021)	N=403 M=28,2 Hombres=0 Mujeres=403	HADS	Cuestionario Online	Síntomas de depresión en el 56,3% de la muestra. Los factores influyentes a destacar son el nivel educativo, fumadoras, sedentarismo y padecimiento de enfermedad crónica.

Kang et al. (2020)	N= 994 M= Hombres=144 Mujeres=850	PHQ-9, GAD-7, ISI, IES-R.	Cuestionario Online	34,4% Sufre alteraciones leves, el 24,4% moderadas y el 6,2% graves. Correlación significativa entre depresión y exposición directa al Covid.
Kimhi et al. (2021)	N= 804 M=43,84 Hombres=416 Mujeres=388	BSI	Cuestionario Online	La religiosidad es un factor amortiguador para el desarrollo de depresión ante situación Covid
Korkmaz y Güloğlu (2021).	N=426 M=37,40 Hombres=163 Mujeres=263	IUS, MLQ, BDI, BAI	Cuestionario Online	Tasa de depresión de 13,9%. La tolerancia a la incertidumbre se correlaciona positivamente con la depresión. No se ven diferencias entre géneros.

Lebel et al. (2020)	N=1987 M=32,4 Hombres=0 Mujeres=1987	EPDS, SSEQ, Activ. física, Ansiedad de Rini et al.	Cuestionario Online	37% de las embarazadas mostraron depresión. Existe correlación entre depresión, miedo a la infección por covid y otras consecuencias secundarias de la situación.
Lin et al. (2021)	N=751 M=30,51 Hombres=0 Mujeres=751	SAS, PHQ-9	Cuestionario Online	Edades más tempranas, estudios superiores, sedentarismo, incertidumbre sobre situación y padecer síntomas de la Covid, predictores de depresión.
Liu y Wang. (2021)	N=617 M=13,11 Hombres=326 Mujeres=291	CPSS-19, GHQ- 20, VIA	Cuestionario Online	El estrés percibido por la situación de pandemia se correlaciona con la depresión.

Maniariikova et al. (2021)	N=268 M=42,66 Hombres=134 Mujeres=134	HADS	Cuestionario Online	Aumento de depresión en padres y madres con hijos autistas asociado al cambio comportamental de estos.
Mazza et al. (2020)	N=402 M=58 Hombres=265 Mujeres=137	IES-R, PCL-5, BDI-13, STAI-Y, MOS-SS, WHIIRS	Cuestionario Presencial	Aumento de más del 10% en tasa de depresión.
Mosolova et al. (2021)	N=2195 M=34 Hombres=713 Mujeres= 1482	SAVE-9, GAD-7, PHQ-9, MBI, PSS-10	Cuestionario Online	Aumento significativo de depresión en sanitarios (45,5%). Los perfiles con más riesgo son las mujeres, jóvenes y rama de medicina.
Nikčević et al. (2021)	N=502 M=39,3 Hombres=268	BFI-10, WI-7, CAS, C-19ASS, PHQ-ADS.	Cuestionario Online	Relación directamente proporcional entre extraversión, amabilidad, conciencia, neuroticismo y depresión.

Mujeres=234

Pérez-Cano et al. (2021)	N=613 M=26,77 Hombres=147 Mujeres=466	DASS-21, STAI	Cuestionario Online	41,3% Síntomas de depresión.
Rudenstine et al. (2021)	N=1821 M=26,17 Hombres=493 Mujeres=1301	PHQ-9, GAD-7	Cuestionario Online	El 50,3% de la muestra tenía depresión. Las mujeres y jóvenes tienen más probabilidades.
Shah et al. (2021)	N=678 M= Hombres=290 Mujeres=388	DASS-21	Cuestionario Online	Las mujeres de 18 a 24 años son las más afectadas. El apoyo familiar, la práctica de ejercicio y un menor número de días en cuarentena favorecen la amortiguación del problema.

Tang et al. (2021)	N=4342 M=11,86 Hombres= 2216 Mujeres= 2126	DASS-21	Cuestionario Online	La depresión aumentó en general entre los estudiantes chinos. Los más afectados fueron aquellos que se enfrentaban a selectividad.
Tang et al. (2020)	N=2482 M=19,81 Hombres=960 Mujeres=1525	PCL-C,PHQ-9, Sueño	Cuestionario Online	El 9% tenía depresión. factores predictores: dormir menos de 6h., último curso universitario, miedo extremo al Covid, vive en un área muy afectada por este. Factores no predictores: edad, duración de cuarentena y ser o no hijo único.
Tasnim et al. (2021)	N=971 M=42,3 Hombres=486 Mujeres=485	GAD-7, PHQ-9	Cuestionario Online	Tasa de depresión en momento de medida: 39,9%. Factores de riesgo: mujer, estudiante, peor calidad de vida, enfermedad médica y comorbilidad patológica.

Tsang et al. (2021)	N=1464 M=52,8 Hombres=368 Mujeres=1096	PHQ-2, Miedo ad hoc.	Cuestionario Online	Miedo al Covid como factor predictor de sintomatología depresiva.
Van den Besselaar et al. (2021)	N=1068 M=73,8 Hombres=504 Mujeres=564	CES-D, HADS-A, MMSE,LASA FI, Dominio Pearlin	Cuestionario Online, en papel y telefónico	Se vio afectada la tasa de depresión, aumento general.
Voitsidis et al. (2021)	N=2752 M= Hombres=697 Mujeres=2055	IUS-12, FCU-19s, PHQ-9	Cuestionario Online	41,1% Síntomas de depresión leves, 18,2% moderados, 4,5% mod-graves y el 0,5% graves. El miedo al virus factor mediador.
Wathelet et al. (2020)	N=69054 M=20 Hombres=18803	IES-R, STAI-Y, BDI-13	Cuestionario Online	El 16,1% mostraba depresión. Las mujeres fueron significativamente más afectadas.

	Mujeres= 50251			
Wu et al. (2021)	N=1825 M=12,7 Hombres= 1067 Mujeres=758	MMHI-60	Cuestionario Online	Más depresión en aquellos que sufren nuevas experiencias psicóticas.
Yigitoglu et al. (2021)	N=435 M=36,76 Hombres=191 Mujeres=244	PSQI, HADS	Cuestionario Online	Aumento de depresión entre personal de hospital. No hay diferencia entre puestos, pero las mujeres lo padecen más frecuentemente.
Young et al. (2021)	N=1685 M= Hombres=353 Mujeres=1096	PHQ-9, GAD-7, PC-PTSD, Consumo de alcohol	Cuestionario Online	EL 29% presenta síntomas leves, el 17% moderados- graves.

Zheng et al. (2021)	N=617 M= Hombres=3 Mujeres=614	KAP, DASS-21	Cuestionario Online	Tasa de depresión de 15,4%. Relación exposición directa al Covid
------------------------	---	--------------	------------------------	--

Fecha de recepción: 20/05/2022
Fecha de revisión: 16/01/2022
Fecha de aceptación: 17/04/2023

Cómo citar este artículo:

Parás, C. (2023). Análisis de la relación entre la sensibilidad al rechazo y el apego en adultos. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 79-92. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1378.

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA SENSIBILIDAD AL RECHAZO Y EL APEGO EN ADULTOS

Claudia Parás Gutiérrez

Universidad Europea del Atlántico (España)

claparas@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-8945-441X>

Resumen: La sensibilidad al rechazo, también llamada sensibilidad interpersonal, es conocida como una disposición cognitiva-afectiva que predispone a un individuo a esperar ansiosamente, percibir fácilmente y reaccionar intensamente al rechazo. Además, la sensibilidad al rechazo es una gran precursora de la mala adaptación, pues se ha llegado a vincular con múltiples psicopatologías, como por ejemplo la ansiedad social o los trastornos de la personalidad entre otros. De igual manera, se encuentra estrechamente relacionada con los cuatro estilos de apego en los adultos (seguro, preocupado o ansioso, evitativo y temeroso o desorganizado). En este artículo se lleva a cabo un estudio empírico con un total de 321 sujetos, con una media de edad de 32.28 años, de los cuales 208 son mujeres, 112 son hombres y 1 es binario. No obstante, este último no se tendrá en cuenta, puesto que no es una muestra significativa para analizar la relación entre los cuatro tipos de apego adulto y el nivel de sensibilidad al rechazo. Como resultado del estudio, se ha obtenido una significación en las correlaciones entre el apego seguro con la intensidad del rechazo, entre el apego preocupado con el evitativo y el temeroso, y entre el apego temeroso con las expectativas del rechazo. Respecto a ambos sexos se ha obtenido que las mujeres muestran mayor puntuación en el apego preocupado, en las expectativas de rechazo y en la intensidad del rechazo.

Palabras clave: Relaciones, adultos, apego, sensibilidad al rechazo.

Analysis of the relationship between rejection sensitivity and attachment in adults

Abstract: Rejection sensitivity, also called interpersonal sensitivity, is known as a cognitive-affective disposition which predisposes an individual to anxiously expect, easily perceive and intensely react to rejection. Moreover, rejection sensitivity is a great precursor of maladaptation, as it has been linked to multiple psychopathologies, such as social anxiety or personality disorders among others. Similarly, it is closely related to the four attachment styles in adults (secure, preoccupied or anxious, avoidant and fearful or disorganized). In this article an empirical study is carried out with a total of 321 subjects with a mean age of 32.28 years, of which 208 are women, 112 are men and 1 is binary. However, the latter will not be taken into account, since it is not a significant sample, to analyse

the relationship between the four types of adult attachment and the level of sensitivity to rejection. As a result of the study, significance has been obtained in the correlations between secure attachment with the intensity of rejection, between preoccupied attachment with avoidant and fearful attachment, and between fearful attachment with expectations of rejection. With respect to both sexes, it was found that females showed higher scores for preoccupied attachment, expectations of rejection and intensity of rejection.

Key words: Relationships, adults, attachment, rejection sensitivity.

Introducción

Las relaciones sociales forman parte del día a día, lo cual las hace ser una necesidad básica e incluso podrían considerarse algo innato e imprescindible de cada individuo. No obstante, existen múltiples diferencias en los tipos de relaciones que se establecen, pues en ellas influyen mayoritariamente el estilo de apego de cada persona y su nivel de sensibilidad al rechazo. Por consiguiente, estas variables van a ser el tema principal de este estudio.

Se ha elegido estudiar el constructo de sensibilidad al rechazo puesto que es un gran precursor de la mala adaptación, siendo así que se ha vinculado con múltiples psicopatologías como son los problemas temperamentales, donde destaca el neuroticismo (Arianza et al., 2020) y la extraversión (Freedman, 2020), o como el trastorno límite de la personalidad (Cain et al., 2016) y el trastorno de personalidad por evitación (Khoshkam et al., 2012), u otros trastornos relacionados con el estrés. Todo ello puede influir en el autoconcepto y autoestima de cada persona (Downey & Daniels, 2020; Freedman, 2020). De este modo, también está asociado el rechazo con la depresión, la ansiedad social (Cain et al., 2016), el retraimiento (Downey & Daniels, 2020), la soledad (Watson & Nesdale, 2012), la agresividad (London et al., 2007), con una alteración de la funcionalidad interpersonal e incluso con la violencia en pareja (Khoshkam et al., 2012).

De esta manera, la sensibilidad al rechazo o sensibilidad interpersonal se conceptualiza como una disposición cognitiva-afectiva, que predispone a un individuo a esperar ansiosamente, percibir fácilmente y reaccionar intensamente al rechazo (Downey y Feldman, 1996; Cain et al., 2016). El concepto de sensibilidad al rechazo tiene su origen en una investigación sobre la exposición infantil a la violencia familiar y su posterior impacto en las relaciones adultas, e involucra a la teoría del apego, a la teoría social cognitiva (Freedman, 2020), y a las teorías interpersonales de la personalidad (Ayduk et al., 2008; Khoshkam et al., 2012). Dentro de la sensibilidad al rechazo destacan tres formas diferentes de evaluar dicha sensibilidad, basadas en la edad (Chow et al., 2007; Freedman, 2020), en el género (London et al., 2012; Freedman, 2020) y en la raza (Mendoza-Denton et al., 2002; Freedman, 2020), las cuales tienen cada una un cuestionario específico de situaciones concretas de su ámbito, pero con el mismo formato.

Diversas investigaciones relacionan las conductas consecuentes de las altas expectativas ante el rechazo por ansiedad con la ansiedad social y el retraimiento, de igual forma relacionan las altas expectativas de rechazo por enfado con un aumento de la agresividad y una disminución de la ansiedad social (London et al., 2007; Cain et al., 2016). Asimismo, Chan y Mendoza-Denton (2008) sugieren que la dinámica de la sensibilidad al rechazo basada en la raza puede ser similar en todos los grupos, pero la naturaleza desencadenante y las secuelas psicológicas pueden ser específicas del grupo discriminado como, por ejemplo, los asiáticos-americanos, los cuales afrontan esas situaciones de rechazo con vergüenza, y los afroamericanos, los cuales la afrontan con ira. Otros autores que se centraron en el rechazo a

las minorías descubrieron que las personas que esperaban el rechazo de un ser querido se anticipaban a ello y actuaban de manera hostil, lo cual conducía a una profecía autocumplida (Downey et al., 1998; Downey y Daniels, 2020). Así pues, estas personas eran más propensas a experimentar ansiedad social, llegando a excluirse o a actuar de forma hostil, ambas tienen como consecuencia una depresión u otros trastornos relacionados con el estrés (London et al., 2007; Downey y Daniels, 2020).

Araiza et al., (2020), en su estudio longitudinal afirman una parte del modelo de la sensibilidad al rechazo, asegurando que las experiencias indirectas de aceptación de los niños pueden contribuir a su posterior grado de sensibilidad al rechazo. Apoyando esa afirmación se encuentran numerosos estudios realizados con estudiantes escolares (London et al., 2007; Butler et al., 2007; Wang et al., 2012; Araiza et al., 2020), los cuales determinan que las situaciones de rechazo realizadas por los compañeros de clase aumentan su sensibilidad a la hora de evaluar los mismos tipos de situaciones en un futuro. Complementando a estos estudios se encuentran los que sugieren que el apoyo social percibido y las experiencias indirectas de rechazo llevadas a cabo por los cuidadores cercanos del niño, como puede ser la mala relación marital entre los padres, influyen en que el niño aprenda a esperar vivencias similares (Colletta, 1981; Feldman y Downey, 1994; Erel y Burman, 1995; Conger et al., 2000; Araiza et al., 2020).

Por último, DeWall et al., (2012), determinan que las personas que disfrutan de las oportunidades de acercamiento con los demás, pero temen que sus propuestas sean rechazadas, pueden llegar a tener respuestas neuronales intensas al rechazo social, mientras que las personas que se sienten incómodas con la cercanía de los demás pueden desactivar el sistema de apego, lo que da lugar a respuestas neuronales amortiguadas al rechazo social.

Una de las principales variables predictoras de la sensibilidad al rechazo es el estilo de apego de cada persona, el cual se define como la necesidad de entablar relaciones intensas con otras personas. Este vínculo produce una sensación de seguridad que, dependiendo si el sujeto lo tiene más o menos reforzado, determinará su respuesta ante un rechazo (Erozkan, 2009). En la teoría del apego desarrollada por John Bowlby (1982) citado en Fraley (2019), se explican las diversas formas de reaccionar que tenían los niños cuando eran separados de sus padres. Mientras que Hazan y Shaver (1987) citados por Fraley (2019), investigaron la relación del apego en adultos, y llegaron a la conclusión de que el apego recibido en la infancia se ve reflejado en las futuras relaciones románticas. Acorde a estos estudios, se cree que las personas son más moldeables en la infancia a la hora de definir su estilo de apego, mientras que su estabilidad es mayor al final de la vida (Fraley y Roisman, 2018).

Asimismo, Behrens et al., (2016), mediante la realización de un metaanálisis, estudian la influencia de la transmisión intergeneracional de la seguridad del apego o *transmission gap*, como le dio nombre van IJzendoorn (1995) citado por Behrens et al., (2016). Además, determinan que la sensibilidad materna contribuye en la mediación entre la seguridad del apego adulto y la seguridad del apego infantil. Agregando a lo anterior, Hazan y Shaver (1994), y Downey y Feldman (1996), señalan que el trato del cuidador en la infancia determinará los modelos de trabajo seguros o inseguros que se desarrollarán y se mantendrán en la edad adulta. Aunque Steele et al., (2014), y Fraley y Roisman (2018), en sus estudios longitudinales comentan que esa asociación entre dichos apegos tiene unas magnitudes muy pequeñas.

Por otro lado, hay ciertas investigaciones que sugieren que los apegos pueden desarrollarse según el ambiente en el que se encuentre, es decir, una persona en su entorno familiar puede tener un apego seguro, pero con personas que no forman parte de su familia puede tener un apego, por ejemplo, ansioso, debido a sus experiencias interpersonales vividas (Collins et al., 2004; Fraley et al., 2011; Fraley y Roisman, 2018).

No obstante, existen cuatro tipos de apegos basados en las cuatro combinaciones obtenidas al dicotomizar la imagen abstracta del yo del sujeto, en positiva (baja dependencia) o negativa (alta dependencia), en un eje, y al dicotomizar la imagen abstracta de otro sujeto en positiva (baja evitación) o negativa (alta evitación), en un eje ortogonal. De este modo, se obtienen las cuatro categorías de apego denominadas *seguro* (yo positivo, otro positivo), *preocupado o ansioso* (yo negativo, otro positivo), *evitativo* (yo positivo, otro negativo), y *temeroso o desorganizado* (yo negativo, otro negativo) (Bartholomew, 1990; Khoshkam et al., 2012). Todos ellos influyen en la forma en que una persona interpreta el comportamiento y las intenciones de los demás, en cómo regulan su afecto y su comportamiento y, en cómo experimentan sus relaciones cercanas (Collins et al., 2006; Fraley y Roisman, 2018). Por su parte, Del Giudice (2018) considera que puede haber diferencias en el tipo de apego en ambos sexos en función de factores biológicos (hormonas sexuales, genética, etc.), ecológicos y culturales, además de las experiencias tempranas con los cuidadores y el aprendizaje social.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este estudio es el análisis de la relación entre los cuatro estilos de apego en los adultos (seguro, preocupado o ansioso, evitativo y temeroso o desorganizado) y el nivel de sensibilidad al rechazo. Los objetivos específicos son detallar las diferencias entre hombres y mujeres, en referencia a sus tipos de apego y niveles de sensibilidad al rechazo.

Mientras que las hipótesis que se quieren confirmar son (a) si habrá una correlación negativa entre el apego seguro y una elevada sensibilidad al rechazo, (b) si habrá una correlación positiva entre el apego preocupado y una elevada sensibilidad al rechazo, (c) si habrá una correlación positiva entre el apego evitativo y una elevada sensibilidad al rechazo, (d) si habrá una correlación positiva entre el apego temeroso y una elevada sensibilidad al rechazo, (e) si las mujeres tendrán puntuaciones más elevadas en sensibilidad al rechazo que los hombres, y por último, (f) si los hombres tendrán puntuaciones más elevadas en el apego seguro que las mujeres.

Método

Participantes

El estudio se ha llevado a cabo con un total de 321 participantes ($n = 321$), de los cuales 208 son mujeres (64.80%), 112 son hombres (34.89%) y 1 es no binario (0.31%). Este último no se ha tenido en cuenta, puesto que no es una muestra significativa al no alcanzar el 1%. Los sujetos tienen edades comprendidas entre los 18 y los 77 años ($M: 32.28$, $DT: 15.07$). Las otras variables sociodemográficas recogidas son el estado civil, el nivel de estudios y los ingresos anuales, las cuales se pueden observar detalladamente en la Tabla 1. Con el fin de acotar un poco la muestra se han tenido en consideración como criterios de inclusión a quienes son mayores de 18 años, a quienes hablan castellano (castellanohablantes) y a quienes tienen acceso a Internet.

Tabla 1

Variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudios e ingresos anuales)

		Hombres		Mujeres	
		N	%	N	%
Estado civil	Soltero/a	70	62.50	127	61.06
	Casado/a o conviviendo en pareja	41	36.61	66	31.73
	Separado/a o divorciado/a	1	0.89	9	4.33
	Viudo/a	0	0.00	6	2.89
Nivel de estudios	Estudios primarios sin terminar	1	0.89	1	0.48
	Estudios primarios	2	1.79	9	4.33
	Estudios secundarios	16	14.29	17	8.17
	Formación profesional	10	8.93	28	13.46
	Ciclos formativos de grado superior	18	16.07	20	9.62
	Enseñanza en régimen especial	0	0.00	1	0.48
	Formación universitaria	65	58.04	132	63.46
Ingresos anuales	< 5.000 euros/ año	7	6.25	20	9.62
	5.000 - 10.000 euros/ año	7	6.25	15	7.21
	11.000 - 15.000 euros/ año	16	14.29	34	16.35
	16.000 - 20.000 euros/ año	7	6.25	26	12.50
	21.000 - 30.000 euros/ año	36	32.14	53	25.48
	31.000 - 40.000 euros/ año	16	14.29	28	13.46
	41.000 - 50.000 euros/ año	9	8.04	13	6.25
	> 50.000 euros/ año	14	12.50	19	9.14

Instrumentos

CaMir-R. Es una versión reducida de la versión original del cuestionario CaMir (Pierrehumbert et al., 1996; Balluerka et al., 2011) para evaluar el estilo de apego de una persona. Está compuesto por 32 ítems que se evalúan mediante una escala Likert de 5 puntos, de 1: muy en desacuerdo a 5: muy de acuerdo. Esta distribución se emplea para calcular 7 dimensiones de apego y de funcionamiento familiar, siendo estas Seguridad (7 ítems), Preocupación (6 ítems), Interferencia de los padres (4 ítems), Valor de la autoridad paterna (3 ítems), Permisividad de los padres (3 ítems), Autosuficiencia y resentimiento hacia los padres (4 ítems), y Trauma infantil (5 ítems). La dimensión 1 se refiere tanto al pasado como al presente, mientras que las dimensiones 2, 4 y 6 hacen referencia al presente, y las dimensiones

3, 5 y 7 al pasado. Por último, la dimensión 1 se asocia al apego seguro, las dimensiones 2 y 3 harían referencia al apego preocupado y a la interferencia parental, pero esta última no se ha tenido en cuenta en este estudio, mientras la dimensión 6 se relaciona con el apego evitativo y la dimensión 7 al apego desorganizado. Sin embargo, las dimensiones 4 y 5 se refieren a la estructura familiar, pero estas tampoco se consideraron en la investigación, pues no hacen referencia directa a alguno de los cuatro estilos de apego (seguro, preocupado, evitativo y desorganizado).

En el CaMir original los valores de alpha de Cronbach oscilan entre 0.54 y 0.85 (Rodríguez y Fernández, 2019), con una fiabilidad de test-retest con valores superiores al 0.56, menos en la dimensión Permisividad de los padres que se obtuvo un 0.45 (Balluerka et al., 2011). Mientras que en este estudio se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0.582, siendo los valores de cada factor de $\alpha = 0.58$ en Seguridad, $\alpha = 0.53$ en Preocupación, $\alpha = 0.58$ en Autosuficiencia y resentimiento hacia los padres y $\alpha = 0.57$ en Trauma infantil.

Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo. Es un cuestionario adaptado para estudiantes mexicanos del *Rejection Sensibility Questionnaire*, desarrollado por Downey y Feldman (1996) para evaluar la tendencia a esperar la ansiedad, y a percibir y sobre-reaccionar al rechazo. De esta manera, está conformado por 18 situaciones sociales ambiguas en las cuales el rechazo podría darse. Por cada situación social hay dos preguntas en formato Likert de 6 opciones, por una parte, se valora el nivel de ansiedad que le produce a la persona que el personaje de la situación lo rechace (desde 1: Nada preocupado hasta 6: Muy preocupado), y por otra parte, se estima cuál sería la probabilidad de que el personaje de la situación les acepte (desde 1: Nada dispuesto hasta 6: Muy dispuesto).

El alpha de Cronbach de la escala original es de 0.831 (Cárdenas y Loving, 2011), mientras que en este estudio se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0.807.

Procedimiento

Una vez que se ha terminado de seleccionar los test más apropiados para llevar a cabo el estudio, se procede a pasarlos a la aplicación Google Forms para su posterior difusión por las redes sociales (WhatsApp, Instagram, Facebook y Twitter), mediante el muestreo de bola de nieve, también llamado muestreo en cadena, para conseguir una mayor divulgación.

No obstante, al inicio del cuestionario se encuentra la hoja de información y el consentimiento informado, donde se explica que este estudio fue aprobado por un comité de ética de psicología, es decir, que sigue el protocolo de evaluación, además de asegurar el anonimato de las respuestas. De igual manera, se menciona que la participación es voluntaria y que en cualquier caso el individuo podía abandonar el estudio si él lo deseaba. Asimismo, se describe de manera generalizada en qué consiste el estudio, y se han incluido al final de la hoja varios correos electrónicos perteneciente a los dos tutores a cargo de la investigación, para posibles dudas o comentarios sobre el estudio que le puedan surgir al participante.

Por último, una vez recopilada toda la información de los sujetos, se pasa a analizar las relaciones estadísticas entre las variables de este estudio (el apego en adultos y la sensibilidad al rechazo).

Cabe destacar que este estudio forma parte de una investigación más amplia, en la cual se evalúan numerosas variables, como la conciencia plena, la conducta agresiva, la tríada oscura o la victimización entre otras. Tras el análisis llevado a cabo, se continúa con la realización de este trabajo.

Resultados

Para el análisis de las puntuaciones cuantitativas obtenidas en los dos test mencionados anteriormente, se ha empleado el coeficiente de correlación de Pearson (r) para asociar entre sí los cuatro estilos de apego (seguro, preocupado, evitativo y temeroso) y la sensibilidad al rechazo, medida según su intensidad y las expectativas, que se generan frente a situaciones en las que se produce dicho rechazo. Los datos de estas correlaciones se pueden ver de manera detallada en la Tabla 2.

Paralelamente, se ha analizado, mediante la prueba T de Student para muestras independientes, las diferencias univariadas por género (masculino y femenino) en cada estilo de apego y en las expectativas e intensidad del rechazo, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 2

Estadísticas descriptivas (media y desviaciones típicas) y coeficientes de correlación (r de Pearson) entre las variables

	M	DT	1	2	3	4	5
1. Apego seguro	29.15	5.88	-				
			-				
2. Apego preocupado	19.34	5.363	.14	-			
			<i>.014</i>	-			
3. Apego evitativo	12.23	3.43	-.56	.06	-		
			<i>< .001</i>	<i>.265</i>	-		
4. Apego temeroso	10.25	5.28	-.62	-.03	.48	-	
			<i>< .001</i>	<i>.551</i>	<i>< .001</i>	-	
5. Sensibilidad-Intensidad	36.35	8.66	-.03	.43	.21	.11	-
			<i>.621</i>	<i>< .001</i>	<i>< .001</i>	<i>.044</i>	-
6. Sensibilidad-Expectativas	41.00	6.67	.30	.21	-.21	-.08	.29
			<i>< .001</i>	<i>< .001</i>	<i>< .001</i>	<i>.137</i>	<i>< .001</i>

Nota. M: media. DT: desviación típica. Los valores que están en cursiva son los valores p , los cuales indican el nivel de significación, mientras que los valores que no están en cursiva representan los valores r de Pearson.

Lo más destacable de la Tabla 2, es que hay una correlación positiva entre el apego seguro con el preocupado y las expectativas de rechazo; entre el apego preocupado con el evitativo, la intensidad y las expectativas de rechazo; entre el apego evitativo con el temeroso y la intensidad del rechazo; entre el apego temeroso con la intensidad del rechazo; y, por último,

entre la intensidad con las expectativas del rechazo. Mientras que el resto tienen correlaciones negativas.

Por otro lado, hay una significación mayor a 0.05 ($p > .05$) en las correlaciones del apego seguro con la intensidad del rechazo; del apego preocupado con el evitativo y el temeroso; y del apego temeroso con las expectativas del rechazo.

Tabla 3

Diferencias univariadas por género en cada tipo de apego y sensibilidad al rechazo

	Género				<i>T</i>	<i>d</i>
	Masculino		Femenino			
	M	DT	M	DT		
Apego seguro	29.35	5.66	29.04	6.00	0.44	0.05
Apego preocupado	18.08	4.91	20.02	5.49	- 3.14*	- 0.37
Apego evitativo	12.30	3.21	12.18	3.55	0.30	0.04
Apego temeroso	9.91	4.67	10.43	5.59	- 0.84	- 0.10
Sensibilidad-Intensidad	34.99	8.39	37.08	8.74	- 2.07*	- 0.24
Sensibilidad-Expectativas	39.81	6.35	41.65	6.77	- 2.37*	- 0.28

Nota. Los valores con asterisco (*) tienen una significación menor a 0.05 ($p < .05$).

Como se puede ver en la Tabla 3, hay diferencias significativas entre las medias de ambos sexos, en lo referente al apego preocupado, la intensidad y las expectativas del rechazo, siendo en estas las puntuaciones más altas en las mujeres que en los hombres.

Discusión y conclusiones

Recordando los objetivos anteriormente mencionados, en esta investigación se pretende esclarecer la relación entre los diferentes tipos de apego en adultos y el nivel de sensibilidad al rechazo. Así como especificar la diferencia entre los hombres y las mujeres respecto a las variables recién nombradas.

En relación con la hipótesis sobre si habrá una correlación negativa entre el apego seguro y un elevado nivel de sensibilidad al rechazo, ésta se ve confirmada y corroborada, tanto por los datos de este estudio como por los que nos proporcionan investigaciones anteriores (Erozkan & Komur, 2006; Erozkan, 2009; Demircioglu & Kose, 2021). Esto puede deberse a que las personas con apego seguro tienen la certeza de que sus vínculos con los demás son buenos. De igual forma se confirma una correlación positiva entre un elevado nivel de sensibilidad al rechazo y los apegos preocupado, evitativo y temeroso (Khoshkam et al., 2012). Estas correlaciones podrían ser entendidas como una visión de los diferentes efectos que tiene la

percepción de recibir rechazo, con los estilos de apego que se han ido conformando y están hoy en día en cada individuo.

La hipótesis de que las mujeres obtendrían puntuaciones más altas en sensibilidad al rechazo se ha visto reafirmada por los resultados de este estudio y por otras investigaciones anteriores (Berscheid, 1994; Downey & Feldman, 1996; Ayduk et al., 2000; Purdie & Downey, 2000; Creasey & Hesson-McInnis, 2001; González et al., 2011; Angulo et al., 2019). Por otro lado, en este estudio se ha podido reafirmar la hipótesis de que los hombres presentan puntuaciones mayores en apego seguro que las mujeres. La consolidación de estas dos últimas hipótesis puede deberse a los factores de personalidad más determinantes de cada sexo, es decir, las mujeres tienden a utilizar como estrategia de afrontamiento las relaciones con los demás mientras que los hombres emplean como afrontamiento pasivo la retirada social.

Las implicaciones prácticas de esta investigación están centradas en el desarrollo de programas de intervención, dirigidos a personas con apegos inseguros (preocupado, evitativo y temeroso) y con elevada sensibilidad al rechazo, pues estos dos factores son predictores potenciales de dificultades en futuras relaciones, al igual que de la agresividad, la ansiedad social o el retraimiento, y la soledad (London et al., 2007), así como problemas relacionados con la depresión, el estrés y el autoconcepto (Downey y Daniels, 2020).

De esta manera, hay investigaciones que muestran que las capacidades mentalizadoras, específicamente el Mindfulness y la empatía, están relacionadas negativamente con la sensibilidad y la ansiedad, por ello es beneficioso fomentar que el individuo mejore dichas capacidades para así llegar a aumentar su apego seguro y disminuir su sensibilidad interpersonal, además de otras sintomatologías (Shaver et al., 2007; Angulo et al., 2019).

Por otro lado, se crearían programas psicoeducativos de asesoramiento conductual, cognitivo e interpersonal, con el fin de brindar logros interpersonales, comprensión de las perspectivas de los demás y aceptación incondicional de uno mismo y de los demás (Erozkan, 2009).

Una posible línea de investigación futura podría ser evaluar, como protectores ante la sensibilidad interpersonal, la empatía y los niveles de Mindfulness, que es una técnica de meditación basada en observar la realidad en el momento presente, sin intenciones de juzgar y con plena apertura y aceptación (“Centrarse en el aquí y ahora”). Ambos, la empatía y los niveles de Mindfulness, también son protectores del apego inseguro o evitativo, ya que hay múltiples estudios que demuestran la eficacia que tiene el desarrollo de estas técnicas en el reforzamiento de lograr un apego más seguro (Raski, 2015; Angulo et al., 2019).

De igual modo se podría profundizar en la relación entre la característica de personalidad de neuroticismo y narcisismo, con la sensibilidad al rechazo y los estilos de apego (Downey y Feldman, 1996; Araiza et al., 2020; Reis et al., 2021), pues se ha observado que estos rasgos de la personalidad son un predictor potencial de la sensibilidad al rechazo y de la seguridad con los vínculos que se establecen con otras personas.

Asimismo, otra línea de investigación a futuro podría ser la de investigar desde un enfoque más multidimensional los factores que intervienen en el proceso de la *transmission gap*, es decir, la transmisión intergeneracional de la seguridad del apego (van IJzendoorn, 1995), debido especialmente a que la sensibilidad materna contribuye en la mediación entre la seguridad de apego adulto e infantil (Behrens et al., 2016).

Por otro lado, cabría enfocarse en la adicción que provocan las redes sociales y en cómo afecta esto en los tipos de apego y en la sensibilidad al rechazo, pues hoy en día casi todo el mundo, de manera directa o indirecta, se ve influenciado por ellas (Demircioğlu1 y Köse1, 2021; Shan et al., 2021).

Dentro de las limitaciones que ha habido a la hora de realizar esta investigación se encuentra la escasa cantidad de estudios empíricos que llevan a cabo una correlación directa sobre los cuatro estilos de apego en adultos y la sensibilidad al rechazo. Es decir, la mayoría de las investigaciones se centran en la correlación, por ejemplo, de los estilos de apego y las relaciones de pareja o en referencia a la sensibilidad al rechazo la vinculan con la comorbilidad que tiene con otros trastornos como el de la ansiedad social o en el establecimiento de las relaciones de pareja.

Pero cabe decir que múltiples estudios, aunque no analicen dicha correlación de manera directa si se puede ver que la realizan, lo cual ha permitido que se puedan usar muchos más artículos como referencia para la realización de este trabajo que los que se habían obtenido en una primera instancia.

Otra limitación que se ha encontrado es que el cuestionario de sensibilidad al rechazo es una versión adaptada a estudiantes mexicanos y no al castellano, aunque en cierta forma, en este caso, tiene una influencia baja, pues, los participantes de este estudio han sido hispanohablantes.

Referencias

- Angulo, B., Estévez, A., Iriarte, L., y Troyas, I. (2019). Empatía y mindfulness como factores mentalizadores intervinientes en las relaciones entre el apego y la sensibilidad interpersonal en mujeres. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.004>
- Araiza, A. M., Freitas, A. L., & Klein, D. N. (2020). Social-experience and temperamental predictors of rejection sensitivity: A prospective study. *Social Psychological and Personality Science*, 11(6), 733-742. <https://doi.org/10.1177/1948550619878422>
- Ayduk, O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W., Downey, G., Peake, P. K., & Rodriguez, M. (2000). Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *Journal of personality and social psychology*, 79(5), 776. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.776>
- Ayduk, O., Zayas, V., Downey, G., Cole, A. B., Shoda, Y., & Mischel, W. (2008). Rejection sensitivity and executive control: Joint predictors of borderline personality features. *Journal of Research in Personality*, 42, 151-168. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.002>
- Balluerka, N., Lacasa Saludas, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 2011, vol. 23, num. 3, p. 486-494. <http://hdl.handle.net/2445/124587>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Behrens, K. Y., Haltigan, J. D., & Bahm, N. I. (2016). Infant attachment, adult attachment, and maternal sensitivity: revisiting the intergenerational transmission gap. *Attachment & human development*, 18(4), 337-353. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1167095>
- Berscheid, E. (1994). Interpersonal relationships. *Annual review of psychology*, 45(1), 79-129. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.45.020194.000455>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. Basic books.

- Butler, J. C., Doherty, M. S., & Potter, R. M. (2007). Social antecedents and consequences of interpersonal rejection sensitivity. *Personality and Individual Differences*, *43*(6), 1376–1385. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.006>
- Cain, N. M., De Panfilis, Ch., Meehan, K. V., & Clarkin, J. F. (2016). A multisurface interpersonal circumplex assessment of rejection sensitivity. *Journal of Personality Assessment*, *99*(1), 35–45. DOI: 10.1080/00223891.2016.1186032
- Cárdenas, M. T. F., & Loving, R. D. (2011). Adaptación del cuestionario de sensibilidad al rechazo de la intimidación emocional para adultos jóvenes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, *1*(31), 115–131. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645439007>
- Chan, W., & Mendoza-Denton, R. (2008). Status-based rejection sensitivity among Asian Americans: Implications for psychological distress. *Journal of Personality*, *76*(5), 1317–1346. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00522.x>
- Chow, D. S.-K., Au, E. W. M., & Chiu, C.-Y. (2007). Predicting the psychological health of older adults: Interaction of age-based rejection sensitivity and discriminative facility. *Journal of Research in Personality*, *42*, 169–182. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.05.001>
- Colletta, N. D. (1981). Social support and the risk of maternal rejection by adolescent mothers. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *109*(2), 191–197. <https://doi.org/10.1080/00223980.1981.9915305>
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., & Allard, L. M. (2006). Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*, 201–219. <https://doi.org/10.1177%2F0146167205280907>
- Collins, N. L., Guichard, A. C., Ford, M. B., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 196–239). New York: Guilford.
- Conger, R. D., Cui, M., Bryant, C. M., & Elder, G. H., Jr. (2000). Competence in early adult romantic relationships: A developmental perspective on family influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(2), 224–237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.224>
- Creasey, G., & Hesson-McInnis, M. (2001). Affective responses, cognitive appraisals, and conflict tactics in late adolescent romantic relationships: Associations with attachment orientations. *Journal of Counseling Psychology*, *48*(1), 85. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.1.85>
- Del Giudice, M. (2018). Sex differences in attachment styles. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.004>
- Demircioğlu, Z. I., & Köse, A. G. (2021). Effects of attachment styles, dark triad, rejection sensitivity, and relationship satisfaction on social media addiction: A mediated model. *Current Psychology*, *40*(1), 414–428. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9956-x>
- DeWall, C. N., Masten, C. L., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D. R., & Eisenberger, N. I. (2012). Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *7*, 184–192. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq107>

- Downey, G., & Daniels, J. E. (2020). The dynamic ecology of rejection and acceptance: Mental health implications. *Arch Sex Behav*, 49, 2269-2273. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01636-8>
- Downey, G., & Feldman, S. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327-1343. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>
- Downey, G., Freitas, A. L., Michaelis, B., & Khouri, H. (1998). The self-fulfilling prophecy in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 545-560. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.2.545>
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108-132. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.108>
- Erozkan, A. (2009). Rejection sensitivity levels with respect to attachment styles, gender, and parenting styles: A study with Turkish students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 37(1), 1-14. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.1.1>
- Erozkan, A., & Komur, S. (2006). Rejection sensitivities and attachment styles of university students. *First International Congress on Interpersonal Acceptance and Rejection*, 22-24 June, Istanbul, Turkey.
- Feldman, S., & Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and psychopathology*, 6(1), 231-247. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005976>
- Fraley, R. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review Psychology*, 70(1), 401-422. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813>
- Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2018). The development of adult attachment styles: four lessons. *Current opinion in psychology*, 25, 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.008>
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23, 615-625. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022898>
- Freedman, G. (2020). Rejection Sensitivity. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories*, 351-355. <https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch58>
- González, R., Ysern, L., Martorell, C., Mateu, C. y Barreto, P. (2011). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(29), 9-26. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645441002>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1

- Khoshkam, S., Bahrami, F., Ahmadi, S. A., Fatehizade, M., & Etemadi, O. (2012). Attachment style and rejection sensitivity: The mediating effect of self-esteem and worry among Iranian college students. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 363-374. <https://doi.org/10.5964/ejop.v8i3.463>
- London, B., Downey, G., Bonica, C., & Patlin, I. (2007). Social causes and consequences of rejection sensitivity. *Journal of Research on Adolescence*, 17(3), 481-506. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00531.x>
- London, B., Downey, G., Romero-Canyas, R., Rattan, A., & Tyson, D. (2012). Gender-based rejection sensitivity and academic self silencing in women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(5), 961–979. <https://doi.org/10.1037/a0026615>
- Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V. J., Davis, A., & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 896–918. <http://doi.org/10.1037//0022-3514.83.4.896>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2016). *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*. New York, United States of America: The Guilford Press.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie De L'Enfant*, 1, 161-206.
- Purdie, V., & Downey, G. (2000). Rejection sensitivity and adolescent girls' vulnerability to relationship-centered difficulties. *Child maltreatment*, 5(4), 338-349. <https://doi.org/10.1177/1077559500005004005>
- Raski, M. P. (2015). Mindfulness: What it is and how it is impacting healthcare. *UBC Medical Journal*, 7(1), 56-59.
- Reis, S., Huxley, E., Eng Yong Feng, B., & Grenyer, B. (2021). Pathological Narcissism and Emotional Responses to Rejection: The Impact of Adult Attachment. *Frontiers in psychology*, 12, 679168. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.679168>
- Rodríguez, I. R., & Fernández, D. H. (2019). Validation of the CaMir-R attachment questionnaire in an adult Spanish sample. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(5), 925. DOI: 10.24205/03276716.2019.1145.
- Rouco, N. F., Cobo, R. R., del Campo, J. A. D. B., García, A. I., Talledo, I. S., del Arco, E. S., & Rodríguez, J. M. S. (2014). Características de la personalidad según el género en universitarios españoles. *Revista Internacional de Psicología*, 13(02), 1-23. <https://doi.org/10.33670/18181023.v13i02.97>
- Set Z. (2019). Potential Regulatory Elements Between Attachment Styles and Psychopathology: Rejection Sensitivity and Self-esteem. *Noro psikiyatri arsivi*, 56(3), 205–212. <https://doi.org/10.29399/npa.23451>
- Shan, H., Ishak, Z., & Li, J. (2021). Rejection sensitivity and psychological capital as the mediators between attachment styles on social networking sites addiction. *In Frontiers in Education* (Vol. 6, p. 249). Frontiers. DOI: 10.3389/feduc.2021.586485
- Shaver, P. R., Lavy, S., Saron, C. D. & Mikulincer, M. (2007). Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry*, 18(4), 264–271. <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598389>

- Steele, R.D., Waters, T.E.A., Bost, K.K., Vaughn, B.E., Truitt, W., Waters, H.S., Booth-LaForce, C., & Roisman, G.I. (2014). Caregiving antecedents of secure base script knowledge: A comparative analysis of young adult attachment representations. *Developmental Psychology*, 50(11), 2526-2538. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037992>
- van IJzendoorn M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387–403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
- Wang, J., McDonald, K. L., Rubin, K. H., & Laursen, B. (2012). Peer rejection as a social antecedent to rejection sensitivity in youth: The role of relational valuation. *Personality and Individual Differences*, 53, 939–942. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.07.007>
- Watson, J., & Nesdale, D. (2012). Rejection sensitivity, social withdrawal, and loneliness in young adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(8), 1984-2005. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00927.x>

Fecha de recepción: 15/06/2022
Fecha de revisión: 21/03/2023
Fecha de aceptación: 22/04/2023

Cómo citar este artículo:

Martínez, M., Criado, J.J., Aguado, R. y Martínez, A. (2023). Síntomas somáticos, ansiedad y miedo entre chicos y adolescentes españoles durante la segunda ola por COVID-19: Un estudio descriptivo. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 93-106. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1414.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS, ANSIEDAD Y MIEDO ENTRE CHICOS Y ADOLESCENTES ESPAÑOLES DURANTE LA SEGUNDA OLA POR COVID-19: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Manuela Martínez-Lorca

Universidad de Castilla La Mancha (España)

manuela.martinez@uclm.es - <https://orcid.org/0000-0002-0980-7092>

José Criado-Álvarez

Universidad de Castilla La Mancha (España)

jjcriado@sescam.jccm.es - <https://orcid.org/0000-0002-7733-9788>

Roberto Aguado Romo

Instituto de Psicoterapias de tiempo limitado (España)

raguado@robertoaguado.com - <https://orcid.org/0000-0002-5575-9108>

Alberto Martínez-Lorca

Universidad de Castilla La Mancha (España)

albertoml85@yahoo.es - <https://orcid.org/0000-0003-3218-2550>

Resumen. Introducción: La emergencia por la pandemia por COVID-19 tiene consecuencias entre niños y adolescentes. El objetivo del presente estudio es 1) evaluar el miedo al COVID-19, la ansiedad, los síntomas somáticos y las reacciones emocionales y 2) investigar las relaciones entre variables como género, edad y curso.

Metodología: 199 niños y adolescentes españoles (desde 3º de Educación Primaria hasta 2º bachillerato) con una media de edad de 12.48 años. Se usaron los instrumentos miedo al COVID-19 (FCV-19S), la versión corta del STAI y el PHQ-15.

Resultados: 1) los estudiantes no tienen ni miedo ni ansiedad ni síntomas somáticos; 2) las chicas presentan más síntomas somáticos; 3) el grupo de edad de 12.49-18 años tienen más ansiedad rasgo y niveles de somatización en comparación con el grupo de edad de 8-12.48 años; 4) estudiantes de secundaria muestran una mayor prevalencia de emociones desagradables en comparación con los estudiantes de primaria y de bachillerato; 5) emociones desagradables están relacionadas con miedo al COVID-19, ansiedad rasgo, somatización y la edad (chicos mayores); y 6) encontramos presencia de comorbilidad psicológica y/o psiquiátrica.

Conclusión: Este estudio proporciona evidencia de las asociaciones entre las reacciones emocionales en la segunda ola de COVID-19 y la salud mental en los jóvenes, con especial interés en las niñas, los estudiantes entre 12,49 y 18 años y los escolares de secundaria que mostraron mayores emociones desagradables (miedo, ira, asco, tristeza y culpa). Estudios futuros deberían explorar estos aspectos como factor de riesgo de síntomas psicopatológicos.

Palabras clave: COVID-19; salud mental; ansiedad; miedo; estudiantes.

SOMATIC SYMPTOMS, ANXIETY AND FEAR OF COVID-19 AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN SPAIN DURING THE SECOND WAVE OF COVID-19: A DESCRIPTIVE CORRELATION STUDY

Abstract. Introduction: The emergence of the COVID-19 pandemic has consequences among children and adolescents. The present study aimed 1) to assess fear of COVID-19, anxiety, somatic symptoms and emotional reaction and 2) to investigate relationships between variables such as gender, age and course.

Methodology: 199 Spanish children and adolescents (from Year 3 of Primary Education to Year 2 of Baccalaureate) with a mean age of 12.48 years. We used the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S), the short form of STAI and PHQ-15.

Results: 1) school students present neither fear, nor anxiety, nor symptomatic symptoms; 2) girls present more somatic symptoms; 3) the 12.49-18 years age group presents greater trait anxiety and levels of somatization compared with the younger children in the 8-12.48 year group; 4) secondary school students show a greater prevalence of unpleasant emotions compared to their counterparts in primary education and baccalaureate; 5) unpleasant emotions are related to fear of COVID-19, trait anxiety, somatizations and age (older children); and 6) we found a presence of psychological and/or psychiatric comorbidity.

Conclusion: This study provides an insight into the associations in the second wave of COVID-19-related emotional reactions and mental health outcomes in young people with special interest in girls, students between 12.49 and 18 years and the secondary school children who reported prevalence of unpleasant emotions (fear, anger, disgust, sadness, and guilt). Further studies should explore these aspects as a risk factor for psychopathological symptoms.

Keywords: COVID-19; mental health; anxiety; fear; students.

Introduction

Since December 2019, an outbreak of a novel coronavirus disease (COVID-19) has spread from Wuhan (China) all round the world, affecting millions of people on every continent (WHO, 2020a). In order to control COVID-19, most nations have implemented many restrictions in the general population such as social distancing, mandatory quarantine, self-isolation, mask wearing, etc., as well as measures to restrict people from going outside and to prevent further spread of the virus. Many of these measures have psychological impacts on mental health, such as infection fears, frustration, boredom, financial loss, worries, stress, anxiety, depression and social stigma (Brooks et al., 2020a; Lin, 2020; Rubin & Wessely, 2020; Wang et al., 2020).

Children and adolescents are a potentially vulnerable group in this respect. While the COVID-19 death rate in younger populations has been reported to be lower than among older people (WHO 2020b), children and adolescents suffer from social distancing and self-isolation caused by school closures and other dramatic changes in their environment, with the current pandemic having significantly affected the emotional and behavioral experience of children and adolescents (Meherali et al., 2021). In fact, the COVID-19 outbreak and lockdown may have multiple consequences on the lives of children and adolescents: fear, stress, anxiety, worry for their families, unexpected bereavements, sudden interruptions to school, sadness, home confinement, increased time of access to the Internet and social media, concern about the economic future of their family and country, difficulty in concentrating, disruptions to sleeping patterns, changes in eating habits, consequences of reduced vision from smartphone/Internet addiction, lack of development of proper emotional reactions and coping techniques, etc. (Duan, et al.,

2020; Singh et al., 2020; Son et al., 2020). Thus, the impact of COVID-19 on the mental health of children and adolescents is of great concern.

In consequence, there is an urgent need to assess the effects of the current pandemic on the mental health and well-being of school students and many researchers have appealed to the need for a long-term examination of and appropriate psychological care for adolescents in the emerging COVID-19 pandemic (Brooks et al., 2020b; Lee, 2020; Masuyama, Shinkawa & Kubo, 2020; Viner et al., 2020; Singh et al., 2020; Son et al., 2020). As the pandemic continues, it is important to monitor the impact on children's and adolescents' mental health status and to look at how to help them improve their mental health outcomes in the time of the current or future pandemics, given that it seems there will continue to be different waves and virus mutations (Meherali, et al., 2021).

Against this backdrop, one of the most controversial measures taken during lockdown for many countries in all the world has been the closure of schools, educational institutes, universities, and academic and extracurricular activities for children and adolescents (Meherali, et al., 2021; Panovska-Griffiths et al., 2020; Singh et al., 2020). In order to compensate for the loss of education during lockdown, many schools have offered distance learning or online courses to students and digital teaching to maintain academic progress during lockdown periods (Brooks et al., 2020b; Singh et al., 2020).

To avoid children and adolescents experiencing a prolonged state of physical isolation from their peers, teachers, extended family, and community networks, gradually, with the start of the new school year after the summer and considering the progress of the pandemic at world level and the number of cases and deaths, countries have been reopening schools. Students have been affected by different degrees of restrictions depending on local and temporal variations in the incidence of infection, with different educational modalities being implemented, an example being a full time and a part-time rota system with 50% of students attending school on alternate weeks, etc. (Panovska-Griffiths et al., 2020).

In Spain, when the new school year was due to start, the health and education authorities, considering how the pandemic was evolving and the de-escalation process conducted in the plan for the transition to a new normality (Monge et al., 2021), decided to reopen all educational institutions from September 2020, from primary school to university. Measures were introduced, however, with the most significant being compulsory mask wearing at all times, social distancing, the use of hydroalcoholic hand gel, taking students' temperatures, class groups isolated from others, and smaller class numbers.

The aim of the present study was, then, to determine the mental and emotional health status of children and adolescents enrolled in primary and secondary education and baccalaureate in Talavera de la Reina (Toledo, Spain), and to examine the relationship with some variables as gender, age and course.

Method

Participants

The target population comprised students in four schools and different years in Talavera de la Reina (Toledo, Castilla-La Mancha) (n=199). Non-probability quota sampling was used (aged from 8 to 18, enrolled at school from Year 3 of primary education to year 2 of baccalaureate) (see Table 1).

Table 1
Socio-demographic data

Entire Cohort	(n= 199)
Age (mean. SD)	12.48 (2.72)
Median. Range	12 (8-18)
Younger (8-12.48) (n. %)	107 (53.7%)
Older (12.49-18) (n. %)	92 (46.2%)
Gender (n. %)	
Male	103 (51.8%)
Female	96 (48.2%)
School year (n. %)	
Third year primary	13 (6.5%)
Fourth	14 (7%)
Fifth	31 (15.6%)
Sixth	22 (11%)
Total Primary school	80 (40.2%)
1°ESO (compulsory secondary school)	33 (16.6%)
2°ESO	19 (9.5%)
3°ESO	22 (11.1%)
4°ESO	11 (5.5%)
Total Secondary school	85 (42.7%)
1° Baccalaureate	21 (10.6%)
2° Baccalaureate	13 (6.5%)
Total Baccalaureate	34 (17%)

The sampling process was carried out with the collaboration of the schools' academic secretary offices, who sent an email to the students informing of this study. Social media and WhatsApp were also used among students, colleagues, friends and families.

Instruments

An anonymous on-line questionnaire was developed. The first part was designed to collect background demographic information on gender, age, and school year.

Second was the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19-S). This is a new scale created by Ahorsu et al. (2020), which measures the severity of respondents' fear of COVID-19. This seven-item scale has a stable unidimensional structure with robust psychometric properties. Factor loadings (.66 to .74) and corrected item-total correlation (.47 to .56) of the Fear of COVID-19 Scale were found to be acceptable. The internal consistency and the test-retest reliability of the scale ($\alpha = .82$ and $ICC = .72$) was acceptable. Participants indicate their level of agreement with the statements using a five-item Likert type scale. Answers include "strongly disagree," "disagree," "neither agree nor disagree," "agree," and "strongly agree". The minimum score possible for each question is 1, and the maximum is 5. A total score is calculated by adding up each item score (ranging from 7 to 35). The higher the score, the greater is the fear of Covid-19. The scale has been translated and validated in several cultures and languages (Alyami, Henning, Krägeloh & Alyami, 2020; Reznik et al., 2020; Sakib et al., 2020; Soraci et al., 2020; Satici, Gocet-Tekin, Deniz & Satici, 2020) with similarly good psychometric properties. We used the Spanish version of the Fear of COVID-19 Scale, which has been validated in Spanish university students, with the study confirming the structure of the original scale and with robust psychometric properties (Martínez-Lorca et al., 2020).

Third, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) questionnaire was used (van Knippenberg, Duivenvoorden, Bonke & Passchiner, 1990). These authors were the first to assess trait anxiety and state anxiety, using a brief 6-item version of the original STAI (Spielberger, 1983), obtaining good psychometric properties and a consistent structure ($\alpha = 0.80$ in state anxiety and $\alpha = 0.88$ in trait anxiety). This version comprised six items per

scale with a minimum score of 0 and a maximum of 18. The items used were state anxiety Items 2, 4, 11, 15, 17 and 18, and trait anxiety Items 7, 14, 15, 16, 17 and 18. The answers included 4 alternatives (scored from 0 to 3). This short version has been adequately validated in university population (Buela-Casal & Guillén-Riquelme, 2017).

Fourth, we administered the Patient Health Questionnaire PHQ-15 developed by Kroenke & Spitzer (2002). This is a self-administered questionnaire on 15 somatic symptoms in the last seven days. The PHQ-15 comprises 15 somatic symptoms, each symptom scored from 0 ("not bothered at all") to 2 ("bothered a lot"). The total PHQ-15 score ranges from 0 to 30 and scores of ≥ 5 , ≥ 10 , ≥ 15 represent mild, moderate, and severe levels of somatization. The Cronbach's α is 0.8. For this research, we used the Spanish version of the PHQ-15 by Ros Montalbán et al. (2010) with adequate psychometric properties (Cronbach's α .78). However, as the present research was conducted with minors, we omitted Items 4 and 11 with scores ranges from 0 to 26 (APA, 2020).

Finally, we asked participants about the presence of the following emotions: fear, anger, guilt, disgust, sadness, surprise, curiosity, admiration, security, and joy (Aguado, 2014; 2015) in the last seven days. Subjects choose only the emotion that was most present in the last seven days.

All participants gave their signed informed consent.

Procedure

The study design was descriptive, epidemiological and cross-sectional.

Participants were recruited by e-mail. They received an e-mail from the school secretary explaining the aim of the research and including a link to the questionnaire (Google Forms®). Informed consent was obtained electronically before data were collected from the participants

This study received approval and supervision by the Research Ethics Commission of the Talavera de la Reina Integrated Health Service Management in Talavera de la Reina, Toledo, Spain (11/2020).

Data collection began on 5 November 2020 and ran until 15 November. The online questionnaire was openly accessible over 10 days, from 5 November 2020 to 15 November 2020 (Google Forms®). Students, colleagues, friends and families were also asked to invite other students to respond.

Data analysis

The data were analysed using the IBM® SPSS® Statistics 22.0 computer program. For the statistical analysis, we first tested whether the variables to be statistically analysed were normally distributed using the K-S test for normality. The sample did not present a normal distribution of data as indicated by the analysis of the Kolmogorov-Smirnov test of normality in which all the variables evaluated followed a probability of less than or equal to 0.05. Therefore, for the analysis of the data, the non-parametric Mann-Whitney and Kruskal Wallis test was performed, which is the non-parametric test parallel to the t test for independent samples. Pearson's RHO Correlation Coefficient 'r' was used

to determine the relationship between different variables. The confidence level of .05 and .01 was taken into account for all statistical analyses. In addition, descriptive and frequency distribution (mainly means and standard deviations) and Chi-square independence tests were used.

Results

Mean scores of instruments

Table 2 shows the data for all the instruments used in this study. The mean scores on the FCV-19-S and STAI (S and T) were medium. The total PHQ-15 revealed low levels of somatization.

Table 2

Descriptive statistics in measures of questionnaires

Scales	M (SD)	Min	Max
FCV-19-S	16,20 (6,25)	7	35
STAI-S	7,30 (1,87)	2	15
STAI-T	7,22 (2,65)	1	15
PHQ-15	3,79 (3,90)	0	21
Emotions	N (%)		
Fear	14 (7)		
Anger	12 (6)		
Disgust	6 (3)		
Sadness	25 (12,6)		
Guilt	5 (2,5)		
Surprise	9 (4,5)		
Curiosity	20 (10,1)		
Admiratio	2 (1)		
n Security	19 (9,5)		
Joy	87 (43,7)		

Joy was the emotion that scored highest. Sadness was the second emotion with 12.6%.

Association of instruments and gender, age, year and emotions

We found significant gender-related differences in the PHQ-15 ($Z:-2.793$; $p\leq 0.005$), where females (mean range= 111.12) reported higher levels of somatization than males (mean range= 88.56).

Regarding age, we found two significant differences in the STAI-T ($Z:-2,934$; $p\leq 0.003$), whereby the older participants scored higher than their younger counterparts (mean range= 112.24 versus mean range= 88.44). On the PHQ-15 ($Z:-3.578$; $p\leq 0.000$), the older children showed higher levels of somatization compared to the younger participants (mean range= 115.01 versus mean range= 86.04).

By year, grouped together in educational stages, we found significant differences in the STAI-T ($\chi^2 = 14,733$; $p\leq 0.001$) with high mean ranges in baccalaureate (114.79), secondary school (111.03) and primary school (80.51); in the PHQ-15 ($\chi^2 = 27.49623$; $p\leq 0.000$) with high mean ranges in baccalaureate (136.16), in secondary school (106.15) and primary school (76.93); and in unpleasant emotions ($\chi^2 = 8.895$; $p\leq 0.012$), where frequency was higher in secondary education children (45.2%) than in primary (29%) and baccalaureate students (25.8%).

To analyse the emotions, we divided them into two groups, negative/unpleasant emotions (fear, anger, disgust, sadness and guilt) and positive/pleasant emotions (curiosity, admiration, security and joy). We found significant differences in the FCV-19-S ($Z:-3.365$; $p\leq 0.001$) (mean range= 114.77 versus mean range= 86.17), the STAI-T ($Z:-3.143$; $p\leq 0.002$) (mean range= 112.79 versus mean range= 86.31), the PHQ-15 ($Z:-5.263$; $p\leq 0.000$) (mean range= 124.70 versus mean range= 80.50) and age ($Z:-2.624$; $p\leq 0.009$) (mean range= 110.44 versus mean range= 88.26). In all cases, students with

unpleasant emotions scored higher than students with pleasant emotions on fear of COVID-19, trait anxiety and somatic symptoms. Furthermore, the older children reported more unpleasant emotions.

Correlations between instruments

Table 3 shows the correlations between the instruments used in this study.

Table 3

Correlations between instruments

	FCV-19-S	STAI-S	STAI-T	PHQ-15
FCV-19-S	1		.294**	.249**
STAI-S		1		-.142*
STAI-T			1	.240**
PHQ-15				1

Note. * $p < .05$; ** $p < .001$.

Discussion

The COVID-19 epidemic is accelerating rapidly in multiple countries. Our findings in this current study shed light on the significant impact of the pandemic in the second wave of COVID-19 on the mental health of children and adolescents in an autonomous community of Spain.

Firstly, the mean scores obtained by our students on the total FCV-19-S (Martínez-Lorca et al., 2020), STAI (state and trait) (Buela-Casal, & Guillén-Riquelme, 2017) and PHQ-15 (Kroenke & Spitzer, 2002) are not exceptionally high. In fact, they can be considered medium-level or moderate in fear of COVID-19 and anxiety in both domains (state and trait). Moreover, the mean score on somatic symptoms of PHQ-15 was low and we can consider somatization to be only mild.

These results suggest the school students in our sample do not suffer from fear of COVID-19. Other studies, however, with samples of schoolchildren of the same mean age have found higher scores on fear of COVID-19, in, for example, Japanese school students, measured using the FCV-19-S (Masuyama et al., 2020). Additionally, Seçer & Ulaş (2020) and Gozpinar et al. (2021) found fear of COVID-19 in Turkish adolescents, measured using the FCV-19-S.

Our results also suggest the school students present neither anxiety nor somatic symptoms. With regard to anxiety, a number of studies have found anxiety in schoolchildren, caused by the current pandemic situation (Kılınçel et al., 2021; Liu, Liu & Liu, 2020; Nearchou et al., 2020; Seçer & Ulaş, 2020), although our participants' scores were intermediate on both the STAI-S and STAI-T. As for the presence of somatic symptoms, the literature has reported that somatic symptoms are common in children and adolescents with prevalence rates ranging approximately from 10% to 30%, and that these are closely related to mental and emotional symptoms (Cerutti et al., 2017). Some studies have evidenced the appearance of such symptoms as a result of the COVID-19 pandemic (Zhou et al., 2020), although the scores in our sample were very low, coinciding with Liu et al. (2020) and Jiao et al. (2020) who indicated that primary school students reported mild somatic symptoms.

Concerning emotions, strikingly, joy was the most commonly reported emotion among our sample, with 43.7% of the participants suggesting that joy had been the predominant emotion in the past seven days, followed, at a great distance, by sadness (12.6%). We are unable to find a reason for this, although arguably there was an

overestimation of joy, focused on an instantaneous emotion, and as a consequence of the feeling of happiness which might act as a psychological defence (Seligman, 2011) in response to the great stress and grief triggered by the pandemic, in such a way that joy, as a positive or pleasant emotion might be acting as a restraint against mental illness. Sadness is an important emotion related to loss (Aguado 2014; 2015) and, during the COVID-19 lockdown in the first wave, its presence was arguably logical, but not now when the COVID-19 death is much lower. In fact, our students had to give up many habitual routines, habits, activities, and freedoms in the first wave of the COVID-19 pandemic. However, we are currently transitioning to a new normality.

Secondly, the relationships between the variables reveal some interesting findings. **By gender**, the girls present more somatic symptoms than the boys. Women in the general population typically exhibit greater comorbidity, with a presence of more physical and/or somatic problems and other related disorders, compared to men (Cano-Vindel, Salguero, Wood, Dongil, & Latorre, 2012; Hinz et al., 2017; Kroenke et al., 2010). This trend is replicated in the female students in our study sample in the second COVID-19 wave, who present higher levels of somatization. These results would indicate the early presence of a gender pattern, where females tend to suffer somatic symptoms or somatise. Thus, the prevention, identification and treatment of somatic symptoms in females should be included amongst the concerns and competences of education authorities because as girls appear to be a risk group in the COVID-19 crisis.

Regarding age, our outcomes found two significant differences in STAI-T and PHQ-15 across different age groups: the participants in the 12.49-18 years age group presented greater trait anxiety and higher levels of somatization compared to the younger children in the 8-12.48 year group.

Some authors (Cerutti et al., 2017) have suggested that somatic symptoms are common in school-aged children, with approximately 25% of children experiencing chronic or recurrent pain and chronic fatigue (e.g., headache, abdominal pain, and sore muscles). For some children, these symptoms are short-lived with no negative long-term impact on daily functioning or developmental course. However, the majority of these symptoms are associated with functional disability, emotional distress, requests for medical care and school absenteeism, fewer hobbies, impairment in daily life, leisure and sporting activities. Nonetheless, in our case it is the older boys and girls that present more somatic symptoms than their younger counterparts. This may be that the older individuals are, the less they allow themselves to express fear or sadness, which are then channelled psychosomatically (Lang, 1979). We are unable to justify this finding and thus future research is needed to confirm these results.

Anxiety follows the same pattern, with the older school students being those that exhibit higher levels of trait anxiety. Similar findings have been reported for older children in comparison to younger cohorts (Liu et al., 2020; Nearchou et al., 2020; Zhou et al., 2020), where anxiety was more present, although different instruments were used to measure its presence. It would thus be of interest to study why this occurs in the case of trait anxiety and not in state anxiety. State anxiety typically refers to subjective and transitory feelings of tension, apprehension, and fear, which can vary over time and fluctuate in intensity. State anxiety increases in response to various situations and occurrences and thus the scale assesses how a person feels in a specific stressful situation. Meanwhile, trait anxiety reflects a relatively stable emotional state and measures a person's general tendency to perceive day-to-day situations as threatening, as well as the person's baseline feelings. Trait anxiety and state anxiety are theoretically independent constructs (Spielberger, 1983). Our results, as a consequence of the emotional impact of the second wave COVID-19 pandemic in older school students, could be related to factors

such as their perception of the future, uncertainty and the potential negative impact on academic progress, poor academic performance, the future consequences of the pandemic in their lives, etc., with these factors possibly being on their personality baseline. Future works should address these questions to determine whether there exists a psychological and/or personality profile.

In any event, what is striking is that those young people aged between 12.49-18 years have a significantly increased likelihood of appearing in the high-risk group, in terms of reported psychological distress, anxiety and levels of somatization when compared to other age groups in our study sample. These results are of importance for the prevention of future problems in this age group, as not all these minors acquired the capacities to face the challenges of life, especially during the second wave of COVID-19. With regard to school year, again it is the older students, those in baccalaureate, followed by those in secondary education, that show higher levels of trait anxiety (STAI-T) and somatization (PHQ-15), being, as mentioned, in the 12.49-18 years age group.

The findings on emotions are interesting, as it is the secondary education students (aged from 12 to 16 years), who more prevalently report feeling unpleasant emotions (fear, anger, disgust, sadness and guilt) compared to those in primary education and baccalaureate. These emotions might be at the root of many of the symptoms exhibited among the secondary school population in these pandemic times, and which are worthy of further research.

We found another important outcome related to emotions. Students reporting unpleasant emotions (fear, anger, disgust, sadness and guilt) scored higher than those reporting pleasant emotions on the FCV-19-S, STAI-T, PHQ-15 and were also older. Thus, students with an emotional style characterized by the presence of fear, anger, disgust, sadness and guilt present greater fear of COVID-19, greater trait anxiety, more somatic symptoms and are also older. It is as if maladaptive emotions were permanently activated, as there is a highly strong relationship between emotional rigidity (presenting the same emotion in repose to numerous stimuli) and psychosomatic illness (Aguado, 2014; 2015), placing these individuals in a situation of greater vulnerability and risk. Our findings therefore underline the need to implement detection and/or prevention interventions, through educational and emotion management programmes. In the same line, Decosimo et al. (2019) implemented a community psychosocial programme with the aim of improving the mental health capacity of children aged 3–18 years during the Ebola epidemic. The children received the interventions in settings where childhood trauma was prevalent. These interventions included expressive-art therapies, yoga therapy, and play therapy to help children to build healthy relationships, teach them child-specific trauma-coping skills, and build a safe space for children to express themselves. Consequently, it is key for schools to make proactive efforts to support the mental health and well-being of these students, as it seems they have fewer resources to adapt and are growing towards personal maturity.

Thirdly, the associations found between the instruments used in this study, despite not being significant, highlight that fear of COVID-19 measured on the FCV-19-S significantly predicted trait anxiety. Similar results have been found in children of the age of those in our study and in adolescents by (Gozpınar et al., 2021; Masuyama et al., 2020; Seçer & Ulaş, 2020), where fear of COVID-19 was directly related to anxiety, although again, in our case, this relationship is with trait anxiety. Fear of COVID-19 measure on the FCV-19-S also significantly predicted the total score on the PHQ-15, suggesting that fear of COVID-19 is associated with the presence of somatic symptoms. In this line, the STAI-T significantly predicted somatic symptoms on the PHQ-15. This situation is clinically understandable given that somatic symptoms are frequent in anxiety

disorders and vice versa and may be comorbid disorders (Hinz, et al., 2017; Kroenke et al., 2010; Lorca et al., 2021).

Our findings show an interesting negative association between the PHQ-15 and state anxiety. We are not aware of the reason for this disparity between the STAI-S and STAI-T. It is arguably related to our previous explanation with regard to trait anxiety and state anxiety being theoretically independent constructs (Spielberger, 1983); the participants in our study are young and not may not understand anxiety in the same way as adults. Further research is needed to clarify this issue.

On 21 October 2020, Spain became the first European country to report more than one million cases of Covid-19. In May 2020, it relaxed one of the world's longest lockdowns (Monge et al., 2021), but the country has struggled to contain outbreaks and in October the second wave of COVID-19 started. New measures were introduced, with restrictions on mobility between autonomous communities, curfews, reductions in the number of persons that can meet together, and the closure of leisure, culture and sporting facilities. Schools, however, remained open, with teaching continuing across all stages of education.

In conclusion, this research was motivated by the desire to ascertain the emotional, anxiety and mental health status of school students during the second wave of COVID-19. It was found that our 12- to 18-year old showed no fear of COVID-19, and no anxiety or symptomatic symptoms. The girls presented more somatic symptoms. The participants aged between 12.49 and 18 years presented greater trait anxiety and higher levels of somatization, compared with those aged between 8 and 12.48 years. The secondary school children reported the greatest prevalence of unpleasant emotions (fear, anger, disgust, sadness and guilt) compared to their counterparts in primary education and baccalaureate, suggesting they manage their emotions less effectively. Additionally, the unpleasant emotions were associated with fear of COVID-19, trait anxiety, somatization and age (the older boys and girls). Finally, we found a presence of psychological and/or psychiatric comorbidity, shown by the correlations between somatic symptoms and fear of COVID-19 and between fear of COVID-19 and trait anxiety. We also found a striking negative relationship between somatic symptoms and state anxiety.

Therefore, expanding research on strategies that are adaptable to individualized needs according to gender, age, and school year is fundamental to promote children's and adolescents' positive mental health status in the context of the COVID-19 pandemic. This study provides an insight into the associations between COVID-19-related emotional reactions and mental health outcomes in young people. For this reason, and also because their understanding requires a vast knowledge in many fields, they constitute an attractive topic for research.

This study had some limitations. First, the sample was made up of students from a geographically limited area of Spain and was not necessarily representative of the general Spanish population. Future studies using nationally representative samples and with students from different areas are needed to confirm the results reported herein. Second, these scores should be interpreted individually within the study context and not as aggregated findings. Third, the descriptive, cross-sectional nature of this research means it was not possible to establish causal relationships. It would be interesting for future research to conduct longitudinal studies

References

Aguado (2014). *Es emocionante saber emocionarse*. Madrid: EOS

- Aguado (2015). *La emoción decide y la razón justifica*. EOS.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. Doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
- Alyami, M., Henning, M., Krägeloh, C., & Alyami, H. (2020). Psychometric Evaluation of the Arabic Version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 1–14. Doi: 10.1007/s11469-020-00316-x
- APA. (2020). [www.APA_DSM5_Level-2-Somatic-Symptom-Child-Age-11-to-17%20\(1\).pdf](http://www.APA_DSM5_Level-2-Somatic-Symptom-Child-Age-11-to-17%20(1).pdf)
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020^a). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Brooks, SK., Smith L., Webster R., Weston, D., Woodland, L., Hall, I. & Rubin, J. (2020^b). The impact of unplanned school closure on children's social contact: rapid evidence review. OSF. Doi: 10.31219/osf.io/2txsr
- Buela-Casal, G., & Guillén-Riquelme, A. (2017). Short form of the Spanish adaptation of the State-Trait Anxiety Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 261-268. Doi: 10.1016/j.ijchp.2017.07.003
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles Del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Cerutti, R., Spensieri, V., Valastro, C., Presaghi, F., Canitano, R. & Guidetti, V. (2017) A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on emotional and psychosocial functioning in children. *PLoS ONE*, 12 (2): e0171867. Doi:10.1371/journal.pone.0171867
- Decosimo, C., Hanson, J., Quinn, M., Badu, P., & Smith, E. (2019). Playing to live: Outcome evaluation of a community-based psychosocial expressive arts program for children during the Liberian Ebola epidemic. *Global Mental Health*, 6, E3. doi:10.1017/gmh.2019.1
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X., & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112-118. Doi: 10.1016/j.jad.2020.06.029
- Gozpinar, N., Cakiroglu, S., Kalinii, E., Ertas, E., & Gormez, V. (2021). Turkish Version of the Fear of COVID-19 Scale: Validity and reliability study for children and adolescents. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34(1), 32-40. Doi: 10.14744/DAJPNS.2021.00118.
- Hinz, A., Ernst, J., Glaesmer, H., Brähler, E., Rauscher, F.G., Petrowski, K., Kocalevent, R.D., (2017). Frequency of somatic symptoms in the general population: normative values for the patient health questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 27–31. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.12.017
- Jiao, W.Y., Wang, L.N., Liu, J., Fang, S.F., Jiao, F.Y., Pettoello-Mantovani, M. & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 *The Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.e1. Doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013
- Kılınçel, Ş., Kılınçel, O., Muratdağı, G., Aydın, A., & Usta, M. B. (2021). Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19

- pandemic in Turkey. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(2), e12406. Doi:10.1111/appy.12406
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-66.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006
- Lang, P.J. (1979): Emotional imagery and visceral control. En R.J. Gatchel y K.P. Price (Eds.): *Clinical applications of biofeedback: appraisal and status*. Pergamon Press
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421. Doi: 10.1016/S2352-4642(20)30109-7.
- Lin, C.-Y. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*, 3(1), 1–2. Doi. 10.4103/SHB.SHB_11_20.
- Liu, S., Liu, Y., & Liu, Y. (2020). Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 289, 113070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113070>
- Lorca, AM., Lorca, MM., Álvarez, JJC., García, JA., & Armesilla, MDC. (2021) Psychometric Properties of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). Validation in Spanish University Students During COVID-19 Outbreak. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis* 7:049. doi.org/10.23937/2572-4037.1510049
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado- Álvarez, JJ., Cabañas Armesilla, M.D., & Latorre, J.M. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Validation in Spanish university students. *Psychiatry Research*, 293, 113350 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>
- Masuyama, A., Shinkawa, H., & Kubo, T. (2020). Validation and psychometric properties of the Japanese version of the fear of COVID-19 scale among adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-11. Doi: 10.1007/s11469-020-00368-z
- Meherali, S.; Punjani, N.; Louie-Poon, S.; Abdul Rahim, K.; Das, J.K.; Salam, R.A.; Lassi, Z.S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3432. Doi: 10.3390/ijerph18073432
- Monge S, Zamalloa PL, Moros MJS, Olaso OP, Miguel LGS, Varela C, ... Rodríguez BS. (2021). Lifting COVID-19 mitigation measures in Spain (May-June 2020), *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.05.011>
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479. doi:10.3390/ijerph17228479
- Panovska-Griffiths J, Kerr CC, Stuart RM, Mistry D, Klein DJ, Viner RM, Bonell C. (2020). Determining the optimal strategy for reopening schools, the impact of test and trace interventions, and the risk of occurrence of a second COVID-19

- epidemic wave in the UK: a modelling study. *Lancet Child and Adolescent Health*, 4(11):817-827. Doi: 10.1016/S2352-4642(20)30250-9.
- Reznik, A., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Khamenka, N., & Isralowitz, R. (2020). COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-6. doi:10.1007/s11469-020-00283-3
- Ros Montalbán, S., Comas Vives, A., Garcia-Garcia, M. (2010). Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio depre-soma. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 345–357.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 368, m313. Doi: 10.1136/bmj.m313
- Sakib, N., Bhuiyan, AKML, Hossain S, et al. (2020). Psychometric Validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory Factor Analysis and Rasch Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 1-12. doi:10.1007/s11469-020-00289-x
- Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M., & Satici, S. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Doi: 10.1007/s11469-020-00294-0
- Seçer, İ. & Ulaş, S. (2020). An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Emotional Reactivity, Experiential Avoidance, Depression and Anxiety. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 13, 1-14. Doi: 10.1007/s11469-020-00322-z
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon & Schuster.
- Singh, S., Roy, M. D., Sinha, C. P. T. M. K., Parveen, C. P. T. M. S., Sharma, C. P. T. G., & Joshi, C. P. T. G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 113429. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9). Doi: 10.2196/21279.
- Soraci, P., Ferrari, A., Abbiati, F. A., Del Fante, E., De Pace, R., Urso, A., & Griffiths, M. D. (2020). Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10. Doi:10.1007/s11469-020-00277-1
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI* (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Van Knippenberg, F.C.E., Duivendoorn, H.J., Bonke, B., & Passchiner, J. (1990). Shortening the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 995-1000.
- Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., et al. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 397–404. Doi: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X.
- Wang, C., Horby, PW., Hayden, FG, et al. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 395(10223), 470–473. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30185-9.

- World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report–136. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200604-covid-19-sitrep-136.pdf?sfvrsn=fd36550b_2.
- World Health Organization. (2020b). COVID-19: Resources for Adolescents and Youth. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/links/covid-19-mncaresources-adolescents-and-youth/en/.
- Zhou, S.J., Zhang, L.G., Wang, L.L., Guo, Z.C., Wang, J.Q., Chen, J.C., Liu, M., Chen, X. & Chen, J.X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. Doi: 10.1007/s00787-020-01541-4

Fecha de recepción: 04/07/2022

Fecha de revisión: 03/11/2022

Fecha de aceptación: 15/11/2022

Cómo citar este artículo:

Nascimento, M. Y Pinto, S. (2023). Inteligência emocional em enfermeiros – a visão do psicólogo. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 107-119. doi: 10.33000/mlspr. v6i2.1465.

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS – A VISÃO DO PSICÓLOGO

Maria Nascimento Cunha

Psicología

maria14276@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-1291-231X>

Silvia Pinto

Psicología

alba.ares@master.uneatlantico.es - <https://orcid.org/0000-0003-2701-4739>

Resumo. A inteligência emocional e as respetiva competências tem evoluído ao longo do tempo. Na realidade esta evolução chega muito no sentido de simplificar, como o atestam os vários estudos recentemente efetuados sobre o cérebro e as emoções, que esclarecem, em muito, a base neurológica das competências (Silva, 2010).

No decorrer dos últimos anos, é notório o interesse e a procura de uma definição de Inteligência Emocional (IE). Importa ressaltar que cada conceito emerge da abordagem teórica que a sustenta, cujas origens remontam à psicologia social e à inteligência pessoal (Costa, 2009). Podemos, no entanto, encontrar as raízes do construto da IE no conceito de “inteligência social”, identificado por Thorndike (1920), citado em Rego & Fernandes, 2005), baseado na capacidade de compreender e gerir, agindo sabiamente as relações humanas. Mayer, Salovey & Caruso (2000), citado em Ângelo, (2007), agrupam os modelos para a inteligência emocional em dois grandes grupos: os de aptidões, na linha de Mayer e Salovey, que se focam nas aptidões mentais, nas emoções e na sua interação com a inteligência, e os modelos mistos, na linha de Bar-On e na linha de Goleman, que consideram as aptidões mentais e uma variedade de outras características como a motivação, a atividade social e determinadas qualidades pessoais (autoestima, felicidade, empatia, entre outras) como uma entidade única.

Este estudo procura identificar o modo como a Inteligência Emocional se relaciona com o sucesso profissional nos profissionais de enfermagem.

Keyword: Inteligência emocional; Enfermagem; Saúde Mental

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN NURSES – THE PSYCHOLOGIST’S VIEW

Abstract. Emotional intelligence and its respective skills have evolved over time. In reality, this evolution goes a long way towards simplifying, as evidenced by the various studies recently carried out on the brain and emotions, which greatly clarify the neurological basis of skills (Silva, 2010).

Over the last few years, there has been a notable interest in and search for a definition of Emotional Intelligence (EI). It is important to highlight that each concept emerges from the theoretical approach that supports it, whose origins

date back to social psychology and personal intelligence (Costa, 2009). We can, however, find the roots of the EI construct in the concept of “social intelligence”, identified by Thorndike (1920), cited in Rego & Fernandes, 2005), based on the ability to understand and manage, acting wisely, human relationships. Mayer, Salovey & Caruso (2000), cited in Ângelo, (2007), group the models for emotional intelligence into two large groups: those of aptitudes, in line with Mayer and Salovey, which focus on mental aptitudes, emotions and in its interaction with intelligence, and mixed models, along Bar-On's line and Goleman's line, which consider mental aptitudes and a variety of other characteristics such as motivation, social activity and certain personal qualities (self-esteem, happiness, empathy, among others) as a single entity. This study seeks to identify how Emotional Intelligence relates to professional success in nursing professionals.

Keyword: Emotional intelligence; Nursing; Mental health

Introdução

Partindo do constructo de Inteligência Emocional, suas competências e habilidades, o objetivo desta investigação é perceber de que forma os profissionais de enfermagem são capazes de canalizar as suas emoções e sentimentos para o apoio a pessoas debilitadas, assim como perceber de que forma a Inteligência Emocional pode contribuir para uma melhor prática de enfermagem.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com os pacientes e são, muitas das vezes, o primeiro contacto das pessoas com os serviços de saúde. Atualmente começa-se a incentivar a humanização do atendimento, na qual são valorizados o acolhimento, o respeito na relação profissional-paciente, não reduzindo a prática de enfermagem única e exclusivamente ao simples tratamento clínico (Carvalho, 2013). No entanto, para tal, o procedimento humanizado não é simples, uma vez que os profissionais de enfermagem se encontram diariamente sujeitos a pressões, a responsabilidades e são, obviamente, rodeados por emoções e sentimentos por vezes difíceis de classificar e identificar que podem ser originários tanto pelo paciente como pelo próprio profissional, afetando a qualidade dos serviços prestados tal como a vida pessoal destes profissionais (Carmona-Navarro, 2012).

Além da relação enfermeiro-paciente, pretende-se também perceber se os profissionais de enfermagem, emocionalmente inteligentes, são capazes de criar elos sociais dentro da sua equipa de trabalho, já que na atualidade existe uma maior sensibilidade para olhar para a Inteligência Emocional como uma forma de promover e desenvolver a equipa (Goleman, 1995).

Para responder aos objetivos anteriormente apresentados, foi desenvolvida uma entrevista após a análise reflexiva de vários artigos, que posteriormente foram aplicadas a dez psicólogos. A ideia basilar foi contrastar as respostas dadas pelas entrevistadas com os principais resultados do *state of the art*.

Breve resenha histórica

A partir do século XIX, observou-se um crescente interesse pela inteligência humana, especialmente quando Herbert Spencer e Francis Galton sugeriram uma capacidade humana geral e superior. Galton entendia a inteligência como o reflexo de habilidades sensoriais e perceptivas transmitidas geneticamente. Assim como este, Raymond Cattell também acreditava que testes baseados em habilidades mentais simples (como tempos de reação, discriminação sensorial e associação de palavras) poderiam constituir importantes preditores do desempenho académico. Contudo, estudos posteriores demonstraram que escalas baseadas em habilidades simples não constituíam preditores de sucesso académico, além de não serem adequadas para medir a inteligência (Carroll, 1982). Após ter investigado os testes mentais elaborados por estes e outros pesquisadores, Alfred Binet concluiu que escalas que incluíssem capacidades mais complexas e atividades do dia-a-dia seriam mais adequadas para medir a inteligência. Em 1905, ele e Théophile Simon criaram o primeiro teste satisfatório de inteligência, por meio de uma solicitação do

Ministério de Educação Francês que objetivava diagnosticar crianças necessitadas de educação especializada (Matthews et al., 2002). A escala Binet-Simon incluía itens que abrangiam a compreensão da linguagem e a habilidade de raciocinar a nível verbal e não verbal. Este teste constituiu a base de pesquisas futuras e foi utilizado em vários países e línguas. Após alguns anos, iniciaram-se as pesquisas em avaliação mental de adultos, especialmente quando em 1939, David Wechsler criou a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS), também revisada posteriormente. Com relação a sua definição, é possível perceber duas correntes teóricas. Há autores que a definiram como uma capacidade geral de compreensão e raciocínio, enquanto outros a descreveram como envolvendo diversas capacidades mentais relativamente independentes umas das outras. Binet e Wechsler foram adeptos do primeiro pressuposto. Do mesmo modo, em 1904, Charles Spearman sugeriu a existência de um fator geral de inteligência (g), o qual permearia o desempenho em todas as tarefas intelectuais. Segundo ele, as pessoas seriam mais ou menos inteligentes, dependendo da quantidade de g que possuíam. Spearman estava especialmente interessado na natureza psicológica e na interpretação do componente mental que tende a produzir correlações positivas entre os vários testes. Por meio de vários estudos, ele sugeriu que o g era um fator central e supremo em todas as medidas de inteligência, o qual representava a capacidade de raciocínio ou a gênese do pensamento abstrato (Carroll, 1982; Sternberg, 1992). Todavia, em 1938, Thurstone criticou a inteligência geral de Spearman, e postulou que a inteligência poderia ser decomposta em várias capacidades básicas através da análise fatorial. Thurstone identificou sete fatores (compreensão verbal, fluência verbal, aptidão numérica, visualização espacial, memória, raciocínio e velocidade preceptiva) e criou o Teste de Capacidades Mentais Básicas (Butcher, 1968/1974). Similarmente, Guilford (1967) propôs que a inteligência compreenderia 150 fatores. Gardner (1995) criou a teoria das Inteligências Múltiplas, independentes entre si, as quais operariam em blocos separados no cérebro, obedecendo a regras próprias: inteligência lógico-matemática, linguística, musical, espacial, corporal-cinestésica, intrapessoal e interpessoal. Neisser et al. (1996) propuseram que as pessoas se diferenciam nas habilidades de compreender ideias complexas, de se adaptarem ao ambiente, de aprender com a experiência, na maneira como conduzem seu raciocínio e resolvem problemas através do pensamento. No entanto, mesmo que estas diferenças individuais sejam substanciais, elas raramente são consistentes, uma vez que a performance intelectual de determinada pessoa varia em ocasiões e domínios diferentes. Sendo assim, muitos teóricos da atualidade (Campione, Brown, & Ferrara, 1982; Gardner, 1995; Mayer & Salovey, 1997) sugeriram a existência de muitas inteligências, as quais constituiriam sistemas de habilidades. Num documento emitido pela American Psychological Association (APA), enfatizou-se que pouco se sabe sobre as possíveis formas de inteligência, e que os testes atuais seriam capazes de captar apenas algumas destas inteligências, sugerindo a existência de outras, as quais teriam sido bem menos estudadas e compreendidas (APA, 1997). Conforme Campione et al. (1982), a inteligência acadêmica constituiria uma das formas de inteligência possíveis (não a única). Em 1997, Sternberg salientou que uma das características mais importantes da inteligência seria a capacidade de pensar de forma abstrata. Seguindo esta premissa, Mayer, Salovey, Caruso e Sitarenios (2001) ressaltaram que o raciocínio abstrato somente seria possível através de um input ou entrada de um estímulo (informação) no sistema, de modo que diferentes inteligências seriam definidas de acordo com o que entra e é processado no sistema. Os autores argumentaram que a informação ingressante poderia ser de ordem verbal, espacial, social e emocional, entre outras. Uma das primeiras tentativas de ampliar o conceito de inteligência para além de capacidades intelectuais gerais (usualmente relacionadas a competências acadêmicas) foi conduzida por iniciativa de Thorndike (1936). Ele propôs a Inteligência Social (IS), como a capacidade de perceber os estados emocionais próprios e alheios, motivos e comportamentos, além da capacidade de agir com base nestas informações de forma ótima. Sobretudo, a IS refletiria a habilidade de descodificar informações oriundas do contexto social e de desenvolver estratégias comportamentais eficazes com vistas a objetivos sociais (Siqueira et al., 1999). Sternberg e Salter (1982) já haviam referido que grande parte da inteligência consiste em resolver uma variedade de

problemas apresentados nos diferentes contextos sociais. Sternberg (1997) argumentou que os seres humanos são essencialmente sociais; e a ausência de habilidades sociais poderia significar uma limitação importante na capacidade de adaptação social bem-sucedida. Assim, reconhecendo (como reconhece-se) a importância destas habilidades, cabe destacar o papel das emoções na adaptação social e no comportamento inteligente.

Emoção

Conforme salientaram Matthews et al. (2002), para que possamos compreender a IE é necessário que se tenha claro a concepção de emoção. Além disso, o próprio aspeto multidimensional das emoções ocasionaria uma concepção de IE complexa. Segundo Fortes D'Andrea (1996), poucos fatos psicológicos se comparam com as emoções, pois elas demarcam fatos importantes na nossa vida, mas mais do que isso, elas influenciam a forma como reagimos a estas experiências. Smith e Lazarus (1990) argumentaram que elas podem causar importantes impactos no bem-estar subjetivo das pessoas, na saúde física e mental, nas interações sociais, além de influenciar a capacidade de resolução de problemas. Campos, Campos e Barret (1989, citados em Garber & Dodge, 1991) sugeriram que as emoções seriam responsáveis pelas relações da pessoa com o ambiente externo, bem como pela sua manutenção ou interrupção. Para estes autores a coordenação de múltiplos processos é uma característica principal da emoção. Sendo assim, a emoção corresponderia a uma reação psicobiológica complexa, que envolveria inteligência e motivação, impulso para ação, além de aspetos sociais e da personalidade, que acompanhados de mudanças fisiológicas, expressariam um acontecimento significativo para o bem-estar subjetivo do sujeito no seu encontro com o ambiente. Sob este prisma, a emoção seria parcialmente biologicamente determinada, e parcialmente o produto da experiência e do desenvolvimento humano no contexto sociocultural (Smith & Lazarus, 1990). Lopes, Brackett, Nezlek, Schütz e Salovey (2004) salientaram que competências emocionais são essenciais nas interações sociais porque emoções alimentam funções comunicativas e sociais, além de conterem informações sobre os pensamentos e intenções das pessoas. Segundo os autores, a ocorrência de uma interação social positiva e satisfatória demandaria que os indivíduos percebessem, processassem e manejassem a informação emocional de forma inteligente. A visão de que as competências emocionais são cruciais para adaptação tem suscitado o interesse pelo tema da inteligência emocional e inspirado muitos programas de aprendizagem social e emocional em escolas e em ambientes de trabalho.

O constructo de Inteligência Emocional

Num curto período, o termo Inteligência Emocional, entrou no vocabulário de diversos segmentos da sociedade. O conceito de Inteligência Emocional, remonta a 1980, quando Howard Gardner desenvolveu a sua teoria sobre inteligências múltiplas. Este conceito, deriva do amplo constructo Inteligência Social decretado por Thorndike, como o resultado de uma interação adaptativa entre a emoção e a cognição, que inclui a capacidade para perceber, assimilar, compreender e gerir as emoções próprias, e a capacidade de detetar e interpretar as emoções dos outros (Mayer & Salovey, 2002).

O termo Inteligência Emocional tornou-se conhecido na década de 90 pela obra de Goleman (1995) intitulada “Inteligência Emocional”. Logo após o lançamento desse livro, o termo foi rapidamente disseminado em diversos segmentos da sociedade. A inteligência emocional caracteriza o modo como as pessoas lidam com suas emoções e torna-se uma maneira alternativa de ser inteligente, não em termos de QI, mas em qualidades humanas do coração (Goleman, 1995).

Goleman (2001) apresenta a sua definição de Inteligência Emocional como sendo a capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas relações.

A Inteligência Emocional (IE) tem vindo a despertar sucessivamente maior interesse por parte da literatura académica (Barros & Sacau-Fontenla, 2021), tendo quebrado todos os records de crescimento no campo nas ciências sociais, e academicamente, tem-se tornado o foco de estudo

de muitos dos psicólogos mais proeminentes do mundo. Isto porque, durante várias décadas, a Inteligência Cognitiva foi vista como o fator fundamental para a determinação do sucesso individual.

A inteligência emocional como ferramenta profissional

Nos dias de hoje, numa época que se caracteriza pela tecnologia e competitividade, mas com baixo nível de emprego, o investimento na Inteligência Emocional surge como uma alternativa promissora para aumentar o potencial da empregabilidade. Deste modo, diversas instituições de ensino propõem, como atrativo, a educação em Inteligência Emocional. De verificar a existência de inúmeras palestras, seminários e workshops que oferecem indicações para aumentar a Inteligência Emocional enquanto ferramenta de trabalho (Roberts et al., 2002).

De acordo com as investigações realizadas pelos autores Rego & Fernandes (2005) as aprendizagens de sucesso e os mais elevados desempenhos resultam da união sinérgica das aptidões racionais e emocionais. No entanto, também a combinação do Quociente Intelectual (QI) e da IE demonstram uma maior variação no desempenho profissional dos enfermeiros quando comparados com o QI. De acordo com a investigação de Van Der Zee, et al. (2002, citados em Ângelo, 2007, a validade da inteligência emocional na predição do sucesso na enfermagem é um fato. Contudo, é também manifesta a controvérsia em volta da sua relação. Ângelo (2007) cita as investigações realizadas pelo autor Mayer a propósito da importância da inteligência emocional em várias áreas e onde referem que a inteligência emocional está relacionada com um superior sucesso académico e profissional. Em concordância com estes autores, estão os estudos realizados por Parker et al. (2004), que evidenciam uma forte correlação entre as duas variáveis. Um outro estudo realizado por Parker et al. (2006) acrescenta que a IE se relaciona significativamente com o não abandono da enfermagem. Por outro lado, apresentam-se os trabalhos realizados por Newsome et al. (2000), citados em Ângelo (2007), O'Connor & Little (citados em Ângelo, 2007) e por Amelang & Steinmayer (2006) que enunciam a inexistência ou uma correlação fraca, entre as duas variáveis. Os resultados do estudo realizado por Ângelo (2007) vêm corroborar com os resultados do estudo de Amelang & Steinmayer (2006). Esta investigação demonstra a inexistência de correlação estatisticamente significativa, positiva, entre a inteligência emocional e o sucesso na enfermagem, ficando esta a dever-se a outros fatores. Nestes estudos emergem, de uma forma global, como variáveis preditoras do sucesso, as capacidades cognitivas e a personalidade. Ainda em outro estudo, desta vez, realizado por Petrides, Frederickson & Furnham (2004) verificou-se uma maior correlação entre a IE e o sucesso na enfermagem em estudantes com uma inteligência verbal inferior e em disciplinas como a literatura e arte.

A inteligência emocional como fator de bem-estar profissional

A literatura tem demonstrado uma forte relação entre a inteligência emocional e o bem-estar (Lanciano & Curci, 2015; Sánchez-Álvarez, Extremera & Fernández-Berrocal, 2015; Barros & Sacau-Fontenla, 2021).

De reiterar que ambas envolvem uma panóplia de aptidões emocionais que utilizam eficazmente a informação das emoções, permitindo aos indivíduos utilizar estratégias de coping adaptativas em eventos stressantes da vida. Assim, um bom uso de aptidões emocionais, permite experienciar elevados níveis de estados positivos, e reduzir os níveis de estados negativos, criando um sentimento de bem-estar geral (Zeidner, Matthews & Roberts, 2012). Ou seja, de uma forma, concreta, isto significa que a perceção que os indivíduos têm da sua capacidade de processar informação emocional está associada ao seu bem-estar subjetivo.

Perante esta relação, é possível que a ligação entre a Inteligência Emocional e os níveis de bem-estar geral seja explicada pelo engagement. Assim, o estado de envolvimento com a enfermagem pode impedir o indivíduo de se concentrar em eventos negativos, criando um estado

de afeto positivo. Este efeito é conhecido como o Efeito de Spillover, que enfatiza que experiências positivas e negativas vividas num domínio podem ser transferidos para outro domínio (Edwards & Rothbard 2000). Isto é, experiências vividas no domínio profissional/académico, podem afetar a qualidade ou a falta dela noutros domínios da vida.

Metodologia

Este estudo tem como objetivo geral analisar a inteligência emocional em profissionais da enfermagem, sendo o objetivo específico desta investigação verificar se existe a Inteligência emocional é efetivamente uma vantagem no âmbito profissional.

Tendo em conta a pretensão de se levar a cabo uma aproximação ao fenómeno, com o objetivo final de conhecer as suas diferentes características, considerou-se que a abordagem metodológica mais adequada para utilizar nesta investigação seria a qualitativa (Cunha e Santos, 2019).

Este estudo teve por base a aplicação de uma entrevista, com perguntas abertas, que foi aplicado em conformidade com as regras gerais da análise qualitativa. Foi pedido um consentimento informado, através da elaboração de uma breve introdução, informando que a amostra deveria ser constituída apenas por psicólogos, profissionais de hospitais públicos, que por norma exercem funções perto dos profissionais de enfermagem. Nesta breve introdução ficou ainda claro que tipo de dados se pretendia recolher, que todas as respostas seriam de natureza obrigatória e ficou salvaguardada a total confidencialidade. A amostra recolhida é constituída por 21 psicólogos, maioritariamente mulheres, numa relação de 61% para 39%, com uma idade média entre os 41 e os 50 anos.

Discussão dos resultados

Em termos de caracterização do perfil geral da amostra, podemos verificar na tabela 1 abaixo:

Tabela 1

Caracterização da amostra

Tabela 1_Caracterização da amostra (N=10) Variável			Frequência	Percentagem
Idade				
Até aos 30 anos		1	5%	
31 aos 40 anos		2	10%	
41 aos 50 anos		15	70%	
Mais de 51		3	15%	
Sexo				
Feminino		13	61%	
Masculino		8	39%	
Estado civil				
Casado (a)		15	70%	
Divorciado (a)/ Separado(a)		2	10%	
Solteiro (a)		1	5%	
União de facto		3	15%	
Filhos				
Não		1	5%	
Sim		14	95%	
Zona de residência				
Açores		1	5%	
Algarve		2	10%	
Área Metropolitana de Lisboa		12	55%	
Centro		3	15%	
Madeira		1	5%	
Norte		2	10%	

No que diz respeito à idade é possível verificar que a amostra é maioritariamente composta por indivíduos do sexo feminino até aos 50 anos (13 inquiridos que corresponde a 61% dos respondentes). Verifica-se, portanto, a existência de uma relação de equilíbrio entre os dois sexos.

Contudo a existência de um número de mulheres superior (61%) ao número de homens (39%), não tem a pretensão de um rigor proporcional estatístico, respeitando, no entanto, a tendência assinalada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE 2022). Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, parece importante compreender a sua origem ao nível do estado civil. Deste modo, é possível verificar que 70% da amostra é composta por indivíduos casados, 15% vivem em união de fato, 10% são divorciados e os restantes solteiros. No que diz respeito à zona de residência é possível verificar que a grande parte dos psicólogos inquiridos vivem na Área Metropolitana de Lisboa (55%).

Perceção sobre a real noção do significado do constructo de Inteligência Emocional

No que diz respeito às questões da entrevista, a primeira versava sobre a possibilidade de a generalidades das pessoas terem noção do constructo de Inteligência Emocional, do que efetivamente significa.

A amostra respondeu maioritariamente que não. A amostra considera que o mais valorizado ainda é o trabalho de realização e, apesar de constatar que hoje em dia os meios de comunicação divulgam obras e trabalhos no âmbito da Inteligência Emocional, afirma que não são contextualizados e, por isso, a informação sobre o que realmente é este conceito não é passada para a população.

Dimensões e habilidades do constructo de Inteligência Emocional

Algumas das dimensões identificadas e estudadas na literatura consultada são estratégias de *coping*, autoeficácia e empatia em enfermeiros. Foi perguntado aos entrevistados se achavam importante existirem formações e workshops relativos às variáveis acima descritas e qual a importância destas no contexto de trabalho, mais especificamente na enfermagem, sendo que a ideia salientada pelos psicólogos foi que é bastante importante trabalhar este tipo de competências, destacando a empatia. Segundo a literatura consultada, a empatia é um pré-requisito muito importante no ato de enfermagem, ou seja, a capacidade de ler as emoções do outro, colocar-se no lugar do próximo de forma a entender os seus pensamentos, emoções e sentimentos permite desenvolver habilidades e estratégias que melhoram a relação de apoio que o enfermeiro estabelece com os seus utentes (Giménez-Espert, 2017).

Intervenção no domínio da Inteligência Emocional: Relação com outras dimensões da vida

Quando confrontada sobre se a formação em Inteligência Emocional é realizada de forma adequada nos profissionais de saúde, mais propriamente nos profissionais de enfermagem, os psicólogos referiram que os técnicos de saúde já começam a prestar mais atenção às questões do trato relativamente aos utentes. Contudo, no seu entender, existem diferenças nas relações interpessoais entre o Serviço Nacional de Saúde e a prestação de cuidados de saúde no privado. Considera que neste último, precisamente por ser privado, existe uma maior sensibilização na abordagem ao próximo.

Dentro desta categoria de análise, perguntou-se aos psicólogos se, analisando a sua experiência profissional, a Inteligência Emocional é vista como menos importante do que outros aspetos relativos à vida profissional. De um modo geral a amostra afirma que atualmente a IE é vista como menos importante pois segundo a sua experiência o que é valorizado é a realização e os resultados a atingir, citando uma das psicólogas “... não querem saber do que o profissional está a sentir, daquilo que se pensa, como são os nossos atendimentos, o que querem saber é dos resultados, querem atingir os objetivos ...”.

A realidade é que atualmente ter um QI elevado e competências técnicas não é o suficiente para o sucesso, além disso a abordagem do século XXI procura pessoas competentes em termos emocionais, uma vez que estas são mais eficientes e eficazes ao lidar com problemas. Desde a década de 90 que Mayer e os seus coautores publicam estudos referentes ao domínio das competências emocionais e da sua relação dinâmica com a razão, contudo estes tipos de estudos não são considerados tão relevantes como outros (Celik, 2017). Assim, a resposta dos entrevistados vai de encontro aos dados evidenciados na revisão bibliográfica.

Inteligência Emocional e diferenças de género

Em termos de diferenças de género a bibliografia analisada revela diferenças de género no que diz respeito à Inteligência Emocional e suas competências (Giménez-Espert, 2017), o que vai de encontro à resposta dos psicólogos entrevistados que consideram que as mulheres têm mais empatia e que são mais capazes de lidar com as situações.

Intervenção no domínio da Inteligência Emocional e suas habilidades: Formações e workshops

Na revisão literária verificou-se que as pontuações em Inteligência Emocional e estratégias de *coping* desenvolvem e aumentam com formações (Sarabia-Cobo, 2017). Ainda de acordo com este autor, conclui-se que os profissionais de enfermagem sujeitos a intervenções/workshops nestes domínios melhoram a relação interpessoal com os seus pacientes. De acordo com a amostra, os profissionais de saúde, em específico os enfermeiros, são cada vez mais sujeitos a formações na área da IE, tal como menciona Sarabia-Cobo (2017).

Um dos assuntos também abordados durante a entrevista foi a importância destas formações. Ao que a amostra concordou em unísono que estas formações desenvolvem aptidões e competências necessárias para lidar com situações de stress. Os psicólogos concordam que estes tipos de formações deveriam ser incluídos na licenciatura, mas que não deixam de ser importantes no decorrer da atividade profissional, sensibilizando para o stress a que estes profissionais estão sujeitos no seu dia-a-dia. Ao realizar a análise da literatura, averiguou-se que realmente a carga psicológica com que os enfermeiros são confrontados no quotidiano afeta a qualidade de vida e do seu desempenho, ou seja, afeta a relação intra e interpessoal (Carmona-Navarro, 2012).

Inteligência Emocional e sua relação com a liderança e o desempenho

Um aspeto também muito importante no seio da temática Inteligência Emocional é o seu impacto em áreas de liderança e no desenvolvimento das relações entre colaboradores. Após a entrevista com a amostra de psicólogos pode verificar-se ser opinião geral que a existência de uma equipa coesa, motivada e em sintonia, refletindo-se numa maior agilidade na resolução de problemas é fundamental. A revisão de literatura demonstra exatamente isso; programas de aprendizagem social e emocional, podem ajudar a aperfeiçoar a autoconsciência, confiança, controlar emoções, impulsos perturbadores e aumentar a empatia, para além de melhorar o seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial. Uma Inteligência Emocional elevada reflete-se em melhores ferramentas sociais e de cooperação profissional (Celik, 2017).

Conceito de *Burnout* e a sua relação com as habilidades emocionais

O conceito de *Burnout*, tem-se tornado um fenómeno transversal a inúmeras profissões. De acordo com o autor Zhu (2016) procurou-se perceber a relação entre a Inteligência Emocional e algumas

das suas habilidades e competências com a satisfação relativa ao local de trabalho, relacionando também a possibilidade de *Burnout*. A investigação levada a cabo por este autor demonstrou que a maior parte dos enfermeiros não se encontra efetivamente satisfeita com o seu trabalho e que muitos se sentiam inclusive perto de exaustão emocional, o que pode levar à síndrome de *Burnout*.

De facto, os enfermeiros como profissionais de primeira linha de apoio às pessoas enfermas sofrem, cada vez mais, de stress, de pressão e de outros problemas que levam, muitas das vezes, à exaustão e até a depressões (Sarabia-Cobo, 2017). Quando confrontados com este tema tão atual, os entrevistados concordam que a existência e oferta de formações em competências e habilidades emocionais seria uma mais-valia no sentido de diminuir esta síndrome.

Conclusão

Analisando reflexivamente as respostas dadas pelos entrevistados e comparando-as com a literatura pesquisada verificou-se que, apesar do constructo de Inteligência Emocional ter sido definido na década de 90, ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito à sua compreensão conceptual e analítica. Isto verifica-se tanto na literatura, onde muitos artigos fazem referência à importância da necessidade de existirem mais estudos, como nas respostas dadas pelos entrevistados.

Verificou-se que há um desconhecimento por parte dos psicólogos, a quem foi conduzida a entrevista, sobre a forma como estas formações ligadas à inteligência emocional e às respetivas competências são desenvolvidas junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Contudo, a amostra demonstra, de uma forma geral, curiosidade sobre o tema e espera que os profissionais de enfermagem estejam a ser sensibilizados para aspetos relacionados com as suas emoções, bem como com as emoções dos seus pacientes, por forma a tornar o exercício de enfermagem mais humanizado e, por consequência, mais eficiente.

A grande conclusão a retirar desta investigação é que, apesar de existirem muitos estudos no âmbito da Inteligência Emocional, das suas competências e habilidades, ainda é necessário investir em mais conhecimento científico sobre o tema, que possibilite desenvolver mais formações, mais intervenções para fortalecer as dimensões emocionais que são extremamente importantes na prática de enfermagem, tornando-a mais humanizada e eficaz.

Em fase de termino desta investigação, pretende-se delinear algumas limitações encontradas ao longo deste estudo. Nomeadamente, a dificuldade em encontrar profissionais com disponibilidade para participar na entrevista. Desta forma, em futuras investigações seria interessante apresentar amostras maiores, representativas de Portugal, assim como aprofundar os fenómenos aqui estudados.

Bibliografia

- Abraham, R. (1999). Emotional intelligence in organizations: A conceptualization. *Genetic, Social, and General Psychology*, 125, 209-215. American Psychological Association.
- (1997). *Intelligence: Knowns and unknowns*. Washington, DC: Author.
- Bastian, V. A., Burns, N. R., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 1135-1145.
- Bar-On, R. (1997). *The emotional intelligence inventory (EQ-I): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Blackwell. Schwarz, N. (1990). Feelings as information: Informational and motivational functions of affective states. In E. T. Higgins & E. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 2, pp. 527-561). New York

- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 1147-1158.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Brackett, M. A., Rivers, S., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of performance and self-report measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 779-780.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). New York: Nova Science.
- Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: Um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 279-291.
- Butcher, J. (1974). *La inteligencia humana* (J. A. Forteza, Trans.). Madrid, Spain: Marova. (Original work published 1968)
- Carmona-Navarro, MC, Pichardo-Martínez, MC. (2012) Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(6),1-8.
- Carvalho, C. G. (2013) Importância da Inteligência Emocional para a efetiva (ação) de uma assistência de enfermagem mais humanizada. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 10 (1), 630-638.
- Carroll, J. B. (1982). The measurement of intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (pp. 29-122). New York: Cambridge University Press.
- Campione, J. C., Brown, A. L., & Ferrara, R. A. (1982). Mental retardation and intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (pp. 392-492). New York: Cambridge University Press.
- Celik, G. O. (2017) The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1363-1368.
- Ciarrochi, J., Chan, A., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- Cooper, R. K., & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional intelligence in leaders and organizations*. New York: Grosset.
- Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- Day, A. L., & Carroll, S. A. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences*, 36, 1443-1458.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241-273.
- Forgas, J. P. (1995). The affect infusion model (AIM): Review and an integrative theory of mood effects on judgment. *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Fortes D'Andrea, F. (1996). *Desenvolvimento da personalidade: Enfoque psicodinâmico*. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.
- Gannon, N., & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353- 1364.
- Garber, J., & Dodge, K. A. (Eds.). (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gardner, H. (1995). *Inteligências múltiplas: A teoria na prática* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Giménez-Espert, MC, Prado-Gascó, VJ. (2017) Efeito moderador do sexo em atitudes para a comunicação, inteligência emocional e empatia em enfermagem. *Revista Latino-*

- Americana de Enfermagem*. 25:e2969, 1-7.
- Gohm, C. L., Corser, G. C., & Dalsky, D. J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant? *Personality and Individual Differences*, 39, 1017-1028.
- Goleman, D. (1996). *Inteligência emocional* (M. Santarrita, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1018-1034.
- Guilford, Schutte, N. S., Lopez, E., & Malouff, J. (2000). The relationship between cognitive intelligence and emotional intelligence assessed as a maximal performance and typical performance. Paper presented at the Models of Intelligence Conference, New Haven, CT.
- Lopes, P. N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- Lyons, J. B., & Schneider, T. R. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences*, 39, 693-703.
- Malouff, J. M., Hall, L.E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets traditional standarts for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. D., & Geher, G. (1996). Emotional Intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 22, 89-113.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, Canada: MHS.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004a). A further consideration of the issues of emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15, 249-255.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004b). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., et al. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51, 77-101.
- O'Connor, R. M., Jr., & Little, I. S. (2003). Revisiting the predictive validity of emotional intelligence: Self-report versus abilitybased measures. *Personality and Individual Differences*, 35, 1893-1902.
- Reis, D. L., Brackett, M. A., Shamosh, N. A., Kiehl, K. A., Salovey, S., & Gray, J. R. (2007). Emotional intelligence predicts individual differences in social exchange reasoning. *Neuroimage*, 35(3), 1385-1391.
- Roberts, R. D., Zeidner, M., & Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional

- standards for an intelligence? *Emotion*, 1, 196-231.
- Rooy, D. L. V., & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 504-520). New York: Guilford Press.
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 281-285. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Caruso, D., & Lopes, P. N. (2001). Measuring emotional intelligence as a set of mental abilities with the MSCEIT. In S. J. Lopes & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Woolery, A., & Mayer, J. D. (2001). Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. In G. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), *The Blackwell handbook of social psychology: Vol. 2. Interpersonal processes* (pp. 279- 307). Oxford, UK:
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., & Miniski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707-721.
- Sarabia-Cobo, C. M., González Suárez, S., Menéndez Crispín, E. J., Sarabia Cobo, A. B., Pérez, V., de Lorena, P., & Sanlúcar Gross, L. (2017) Emotional intelligence and coping styles: Na intervention in geriatric nurses. *Applied Nursing Research*, 35, 94-98.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141, 523-536.
- Siqueira, M. M. M., Barbosa, N. C., & Alves, M. T. (1999). Construção e validação fatorial de a Medida de Inteligência Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 143-152.
- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and sucess. *American Psychologist*, 52, 1030-1045.
- Sternberg, R. J., & Salter, W. (1982). Conceptions of intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (pp. 3-28). New York: Cambridge University Press.
- Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal or Personality*, 15, 425-448.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2001). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Thorndike, R. L. (1936). Factor analysis of social and abstract intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 27, 231-233.
- Van der Zee, K., Thijs, M., & Schakel, L. (2002). The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the Big Five. *European Journal of Personality*, 16, 103-125.
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2001). Slow down, you move too fast: Emotional Intelligence remains an “elusive” intelligence. *Emotion*, 1, 265-275.
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and non gifted high school students: Outcomes depend on the measure. *Intelligence*, 33, 369-391.
- Zhu, B., Chen, C., Shi, Z., Liang, H., & Liu, B. (2016) Mediating effect of self-efficacy in relationship between emotional intelligence and clinical communication competency of

nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 162-168.

Fecha de recepción: 15/07/2022

Fecha de revisión: 17/04/2023

Fecha de aceptación: 02/05/2023

Cómo citar este artículo:

Sarabia, S. (2023). Análisis de la relación entre los estilos de apego y la Tríada Oscura (maquiavelismo, narcisismo y psicopatía) *MLS Psychology Research*, 6 (2), 121-136. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1573.

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE APEGO Y LA TRÍADA OSCURA (MAQUIAVELISMO, NARCISISMO Y PSICOPATÍA)

Sandra Sarabia Barrio

Universidad Europea del Atlántico (España)

sarabiabarrío@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-4071-3083>

Resumen. Este estudio pretende comprobar si existe relación entre el estilo de apego y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura. Se planteó un diseño correlacional bivariado y un análisis de diferencias de medias para determinar las diferencias por sexo. La muestra se formó por 303 participantes españoles mayores de 18 años. Se les administró el Cuestionario de Apego (CaMir-R) y el Short Dark Triad (SD3). Se obtuvo una relación negativa entre el estilo de apego seguro y la psicopatía de la Tríada Oscura y una relación positiva entre el apego inseguro y la personalidad oscura, destacando el apego desorganizado con los rasgos de personalidad maquiavelismo, narcisismo y psicopatía. Además, el grupo de hombres puntuó más alto en dichos rasgos. Es importante establecer unos vínculos afectivos seguros en la infancia, ya que, los rasgos de personalidad oscuros se caracterizan por la incapacidad de vincularse emocionalmente con los demás siendo un predictor clave del apego inseguro y, por lo tanto, comprenden dimensiones de la personalidad socialmente aversivos.

Palabras clave: apego seguro, apego inseguro, Tríada Oscura, narcisismo, maquiavelismo, psicopatía.

Analysis of the relationship between attachment styles and the dark triad (Machiavellianism, narcissism and psychopathy)

Abstract. This study aims to test whether there is a relationship between attachment style and the Dark Triad personality traits. A bivariate correlational design and a mean difference analysis were used to determine differences by sex. The sample consisted of 303 Spanish participants over 18 years of age. They were administered the Attachment Questionnaire (CaMir-R) and the Short Dark Triad (SD3). A negative relationship was obtained between secure attachment style and Dark Triad psychopathy and a positive relationship between insecure attachment and dark personality, highlighting disorganized attachment with Machiavellianism, narcissism and psychopathy personality traits. In addition, the male group scored higher on these traits. It is important to establish secure attachments in childhood, as dark personality traits are characterized by the inability to emotionally bond with others and are a key predictor of insecure attachment and, therefore, comprise socially aversive personality dimensions..

Key words: secure attachment, insecure attachment, Dark Triad, narcissism, Machiavellianism, psychopathy.

Introducción

La Tríada Oscura estaría formada por tres rasgos de la personalidad: el narcisismo, el maquiavelismo y la psicopatía. Esta personalidad oscura, es lo que comúnmente llamaríamos una "mala persona" o que presenta "una personalidad oscura", de ahí su nombre. Estas dimensiones comparten rasgos tendentes a la insensibilidad, el egoísmo y la malevolencia en las relaciones interpersonales con los demás (Paulhus y Williams, 2002).

Distintos autores (Bloxson et al., 2021) han llegado a la conclusión de que la incapacidad de vincularse emocionalmente con los demás es un predictor clave del apego inseguro y, por lo tanto, implica rasgos de la Tríada Oscura, que comprende tres dimensiones de la personalidad socialmente aversivos o del lado oscuro: el maquiavelismo se caracteriza por el engaño, la manipulación, el cinismo y la explotación de otros (Ali y Chamorro-Premuzic, 2010; Ináncsi et al., 2015). El narcisismo está relacionado con el egocentrismo, el pensamiento grandioso, la vanidad, la búsqueda de atención y la falta de empatía (Krizan y Herlache, 2018; Pincus y Lukowitsky, 2010). Y, la psicopatía se caracteriza por la impulsividad, el engaño, comportamientos antisociales, insensibles y arrogantes (Mack et al., 2011; Mayer et al., 2020). Para este estudio, nos centraremos en aquellos de nivel subclínico y no patológico, que serían los que no están bajo supervisión clínica (González, 2015).

En la última década los trabajos realizados han demostrado la importancia de estudiar los rasgos oscuros, ya que, tienen efectos perjudiciales en las relaciones sociales y los vínculos afectivos (Vize et al., 2018). Lo que nos lleva a preguntarnos, ¿desarrollar algún rasgo oscuro de la personalidad es una señal de presentar una desvinculación parental en la infancia?

El ser humano entra en contacto con el mundo exterior en el momento de su nacimiento. A partir de entonces, se irán estableciendo distintas relaciones de apego con las personas que se encuentren cerca de él (Pérez-Aranda et al., 2019). Por tanto, el apego es la unión o el vínculo afectivo que se establece durante esas primeras etapas de vida entre el bebé de pocos meses y su madre, padre o cuidador principal (Ortiz y Marrone, 2002). Esta influencia debe entenderse de una forma bidireccional (Bartholomew y Horowitz, 1991), puesto que, la personalidad del niño dependerá de la acción conjunta de la figura de apego y el temperamento de éste. Sin embargo, a diferencia del apego, la personalidad se concibe en la adultez (Rabadán et al., 2019), pudiendo acabar desarrollando alguno de estos rasgos oscuros.

En este sentido, uno de los pioneros en el estudio del apego fue el psicoanalista y psiquiatra John Bowlby quien puso término a la teoría del apego (Bowlby, 1952). Bowlby se dio cuenta de que muchos de los adolescentes que trataba en consulta con antecedentes delictivos, tenían en común una infancia disfuncional, padres separados y/o pérdidas de familiares tempranas (Holmes y Slade, 2017). Definió apego como el tipo de relación que se da entre el recién nacido y su cuidador principal, siendo determinante en el desarrollo de la conducta y el desarrollo emocional posterior (Bowlby, 1997). Será este vínculo, a través del cual el recién nacido experimente sus primeros sentimientos agradables (de seguridad, de confianza o de afecto) y desagradables (de miedo, de abandono o de inseguridad), y del que vaya construyendo los cimientos de tal manera, que trascienda en la naturaleza de las futuras relaciones que vaya creando (Bueno, 2020) y con ello, establezca la base de su personalidad.

El apego cumple dos funciones básicas: por un lado, la supervivencia, que englobaría la protección y el cuidado del niño y, por otro, la seguridad emocional, que abarcaría el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad (Rivas, 2018). Además de éstas, cumpliría otras funciones complementarias: como son la socialización, la comunicación y las

relaciones psicosociales (Rivero et al., 2016) donde el niño desarrollaría la empatía y aprendería conductas prosociales, el desarrollo cognitivo donde estimula la curiosidad y los deseos de exploración del entorno (Galán, 2020) y, finalmente, fomentaría la salud física y psíquica a través de la relación afectiva estable y satisfactoria con esas figuras de apego.

Mary Ainsworth realizó una serie de investigaciones sobre la interacción que existía entre madre e hijo y su influencia sobre la formación del apego. Para ello, diseñó un experimento llamado la Situación del Extraño (Bell y Ainsworth, 1972), en el que clasificaba los distintos estilos de apego (las situaciones extrañas). En concreto, se centraba en la observación de los comportamientos de interacción que se le exponían a la madre: la proximidad y búsqueda de contacto, el mantenimiento de contacto, la evitación de la proximidad y la resistencia al contacto (Delgado, 2004).

Estas situaciones extrañas (Ainsworth, 1989) fueron clasificadas en tres tipos: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego resistente/ambivalente. Posteriormente, Main y Salomon (1990) agregaron un cuarto estilo de apego, el desorganizado. Este estudio, va a centrarse en los cuatro estilos de apego citados:

Apego seguro: se describe como un vínculo satisfactorio, con una buena relación tanto con el entorno externo como con el cuidador que le permite explorar el mundo con seguridad. El niño siente que está protegido frente a cualquier infortunio que pueda ocurrir. Se logra a través de un contacto afectuoso, continuo y sensible a las necesidades del niño (Chen, 2017; Solomon et al., 2017).

Apego inseguro ansioso/ambivalente: tendencia excesiva a la búsqueda de proximidad, menor tolerancia a la separación de la figura de apego, respondiendo con conductas de protesta y enfado, lo que produce una desregulación emocional (Mikulincer y Shaver, 2019; Smolewska y Dion, 2005).

Apego inseguro evitativo: se caracteriza por un fuerte distanciamiento de la figura de apego prestando más atención a otras cosas, evitan el contacto cercano, mostrándose con rechazo, rigidez, hostilidad y dificultad a la hora de regular sus emociones (Bueno, 2020; Jonason et al., 2014).

Apego inseguro desorganizado: comparte características con el apego inseguro ansioso y con el evitativo, pero no pertenece a ninguno de ellos. Esto es debido a que el niño demuestra comportamientos confusos, incoherentes y contradictorios (Ballester et al., 2014; Heym et al., 2020). Sería el caso de cuidadores negligentes donde el niño pierde la confianza en los mismos.

Por tanto, el apego es un proceso que sirve de base para todas las relaciones afectivas a lo largo de la vida (Monteca, 2014). Si bien es cierto que el apego se establece desde que nacemos y puede permanecer estable en todo su transcurrir (Pierucci y Luna, 2014), también las nuevas figuras de apego (como relaciones laborales, de amistad y de pareja), pueden influir en éste y hacer que un comportamiento inseguro en la infancia acabe aprendiendo conductas más seguras a medida que se va creciendo (Morales y Ventura, 2016). A diferencia de esto, la personalidad se forja en la adultez, por lo que, podría llevarnos a pensar que existe una relación de causa-efecto entre el desarrollo del apego en la infancia y el posterior desarrollo de la personalidad (Monteserín, 2012).

Como se ha indicado, tanto Bowlby (1976) como Ainsworth (1989), expusieron la relevancia que tienen los vínculos de apego establecidos con los padres y madres durante la infancia para el establecimiento de futuras relaciones afectivas (Casullo y Liporace, 2005). De esta forma, aquellos infantes que lograron relaciones de apego seguro con unos cuidadores que fueron cariñosos y sensibles a sus necesidades, acabaron estableciendo vínculos más estables con sus iguales, que se caracterizan por la intimidad y el afecto (Brando et al., 2008). Mientras que, aquellos que lograron relaciones de apego inseguro con sus padres, siendo éstas más frías, distantes o negligentes, tendrían más problemas a la hora de establecer vínculos con otras personas de su entorno (Apostolou et al., 2019). ¿Es, por

tanto, el apego inseguro un indicador de llegar a presentar algún rasgo oscuro de la personalidad?

Investigaciones anteriores han indicado que el maquiavelismo y la psicopatía, se asocian positivamente con el apego inseguro (Ali y Chamorro-Premuzic, 2010; Mack et al., 2011). En concreto, la psicopatía se relaciona con un mayor apego ansioso y evitativo (Mayer et al., 2020), mientras que, el maquiavelismo se relaciona con comportamientos más ansiosos, un apego evitativo (Connor et al., 2020) y/o un apego desorganizado (Bartholomew y Horowitz, 1991). Sin embargo, en cuanto al narcisismo no está claro, decantándose algunas investigaciones por un apego inseguro ansioso/ambivalente (Gómez, 2020) y otras, por un apego más seguro (Jonason et al., 2014).

Son pocos los estudios que analizan el sexo a la hora de establecer quién puntúa más alto en algún rasgo oscuro. Según Jonason y Davis (2018), los rasgos de la Triada Oscura, se asocian más a la masculinidad que a la feminidad.

En cualquier caso, no hay estudios de peso a la hora de hablar de un estilo de apego determinado en cada uno de los rasgos de la Triada Oscura.

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo general de este estudio se centra en analizar la relación existente entre el estilo de apego que se desarrolla en la infancia y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura (narcisismo, maquiavelismo y psicopatía). Siendo las hipótesis de trabajo las siguientes:

Hipótesis 1: Existe una relación negativa entre el estilo de apego seguro y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura.

Hipótesis 2: Existe una relación positiva entre el estilo de apego inseguro y los rasgos de personalidad oscura.

Hipótesis 3: Se espera que el grupo de hombres puntúe más alto que el grupo de mujeres en los rasgos de la Tríada Oscura, sin que haya diferencias significativas en los estilos de apego.

Método

Participantes

La muestra de los participantes de este estudio se compone de trescientas tres personas (N=303), cuyas edades oscilaron entre los 18 y 77 años (M=32,41 y DT=15,32). A su vez, estaba representada por 195 mujeres (64,4%), 107 hombres (35,3%) y 1 persona no binaria (0,3%). De los cuales 185 participantes estaban solteros (61,1%), 102 casados o conviviendo en pareja (33,7%), 10 separados o divorciados (3,3%) y 6 viudos (2%).

Respecto al nivel educacional de los participantes, todos tendrían alguna clase de estudios, de los que 2 personas tendrían estudios primarios sin acabar (0,7%), 11 tendrían estudios primarios (3,6%), 29 estudios secundarios (9,6%), 38 la FP (12,5%), 37 un ciclo formativo de grado superior (12,2%), 1 enseñanza en régimen especial (0,3%) y 185 formación universitaria (61,1%).

Los ingresos anuales recogidos en la muestra serían los siguientes: 23 participantes cobrarían menos de 5.000 €/año (7,6%), 21 entre 5.000 – 10.000 €/año (6,9%), 46 entre 11.000 – 15.000 €/año (15,2), 32 entre 16.000 – 20.000 €/año (10,6%), 85 entre 21.000 – 30.000 €/año (28,1%), 41 entre 31.000 – 40.000 €/año (13,5%), 22 entre 41.000 – 50.000 €/año (7,3%) y 33 cobrarían más de 50.000 €/año (10,9%).

Los criterios de inclusión que se utilizaron en el presente estudio fueron: ser mayor de edad (>18 años) y poseer nacionalidad española.

Instrumentos

Los participantes de la presente investigación realizaron una serie de cuestionarios autoinformados para elaborar la recogida de información relevante para el proyecto. Los instrumentos que se utilizaron para dicha recogida de datos serían los que se explican a continuación, cuyos coeficientes de *alfa de Cronbach* reportados, se refieren a los del presente estudio:

Cuestionario ad hoc: se centraría en recoger los datos sociodemográficos significativos de los participantes (edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios y nivel de ingresos).

Cuestionario de Apego (CaMir-R): es una versión reducida del cuestionario original (Balluerka et al., 2011), que evalúa las cogniciones relacionadas con el apego. Este cuestionario fue validado al español por los autores Redondo y Herrero (2019) y se centra en la evaluación de las experiencias de apego pasadas y presentes de los individuos, así como en su interpretación personal sobre la actitud de los padres durante la infancia. Consta de 29 ítems que deben responderse con una escala de tipo Likert de cinco puntos (1 = “totalmente en desacuerdo”; 2 = “desacuerdo”; 3 = “indiferente”; 4 = “de acuerdo” y 5 = “totalmente de acuerdo”). Se precisa de unos 15 a 20 minutos para llevarlo a cabo. Los ítems se agrupan en seis factores: Seguridad (7 ítems), Preocupación (6 ítems), Interferencia Parental (4 ítems), el Valor de autoridad de los padres (3 ítems), Autosuficiencia y resentimiento hacia los padres (4 ítems) y Trauma infantil (5 ítems). Dos de los factores están relacionados con los estilos parentales (Interferencia parental y Valor de la autoridad parental), y los otros cuatro con el apego (Seguridad, Preocupación, Autosuficiencia y Trauma infantil). En nuestro trabajo únicamente se han pasado los 22 ítems correspondientes a la parte del apego: Seguridad ($\alpha = .93$), Preocupación ($\alpha = .83$), Autosuficiencia y resentimiento hacia los padres ($\alpha = .66$), y Trauma infantil ($\alpha = .88$). Correspondiendo estos resultados respectivamente a Apego Seguro, Apego Inseguro Ansioso/Ambivalente, Apego Inseguro Evitativo y Apego Inseguro Desorganizado.

Short Dark Triad (SD3): Jones y Paulhus (2002) diseñaron una de las principales escalas para medir los componentes de la Tríada Oscura (Short Dark Triad). Adaptado al castellano por Pineda et al., (2020). Evalúa las tres dimensiones de la personalidad de la Tríada Oscura de manera conjunta (narcisismo, maquiavelismo y psicopatía) y de forma subclínica. El SD3, en esta versión adaptada, está constituido por un total de 27 ítems, divididos en 3 subescalas con 9 ítems para cada constructo, que corresponden a cada una de las personalidades oscuras: maquiavelismo ($\alpha = .70$), narcisismo ($\alpha = .68$) y psicopatía ($\alpha = .78$), respectivamente. Cada ítem debe responderse con una escala de tipo Likert de cinco puntos (0 = “completamente en desacuerdo” a 4 = “completamente de acuerdo”).

Procedimiento

Este trabajo parte de un estudio más amplio compuesto por varios formularios, pero para este trabajo en concreto, se han aplicado dos de ellos: el primero, estudia el estilo de apego en la infancia y el segundo, analiza los rasgos de personalidad de la Triada Oscura.

Los cuestionarios se digitalizaron a través de la plataforma Google Formulario (*Google Forms*) y se distribuyeron a través del procedimiento de bola de nieve. A su vez, se difundió el link del estudio a través de las distintas redes sociales (Instagram, Facebook, Twitter), canales de mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram) y resto de plataformas digitales (canales de YouTube, etc.). A la hora de explicar las instrucciones de los

cuestionarios se incluyó un consentimiento informado asegurando el anonimato y confidencialidad de las respuestas y el cumplimiento de los requisitos por parte de los participantes. El consentimiento se firmó a través de la selección de una opción en el cuestionario, que indicaba que el participante había leído y aceptaba participar en el estudio.

Finalmente, este trabajo ha sido aprobado por parte del comité de ética de la Universidad Europea del Atlántico.

Análisis de Datos o Estrategia de Análisis

El análisis llevado a cabo en este estudio se trata de un diseño correlacional con el fin de aclarar la relación existente entre el estilo de apego parental desplegado en la infancia y el desarrollo de los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura. La relación bivariada entre las variables estudiadas se analizó por medio del *coeficiente de correlación de Pearson*, considerando el signo, la fuerza y la significación de cada relación calculada.

Después de esto, se realizó un análisis de diferencias de medias en las variables estudiadas para poder determinar las relaciones entre mujeres por un lado y hombres por el otro. Para ello, se procedió a realizar una comparación de las correlaciones en aquellos datos estadísticamente significativos, que siguen la distribución de datos *t de student* para muestras independientes con un grado de significación de $p < .05$. También se procedió a utilizar el estadístico *d de Cohen* (Cohen, 1980) para medir el tamaño del efecto como diferencia de las medias estandarizadas de los grupos de hombres y de mujeres.

Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS en la versión 22.

Resultados

Primero, se realizó un análisis correlacional bivariado para determinar si los datos recogidos en la **tabla 1** (*Estadísticas descriptivas (media y desviaciones estándar) y coeficientes de correlación (r de Pearson) entre el estilo de apego parental y los rasgos de personalidad de la Triada Oscura*) establecían correlaciones significativas entre el tipo de apego en la infancia y la personalidad oscura en la adultez.

Tabla 1

Estadísticas descriptivas (media y desviaciones estándar) y coeficientes de correlación (r de Pearson) entre el estilo de apego parental y los rasgos de personalidad de la Triada Oscura.

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
1. Apego Seguro	29.33	5.80	-						
2. Apego Ansioso/Ambivalente	19.51	5.35	.15*	-					
3. Apego Evitativo	12.13	3.44	-.56***	.06	-				
4. Apego Desorganizado	10.05	5.18	-.60***	-.03	.48***	-			
5. Maquiavelismo	16.32	6.15	-.10	.05	.36***	.17**	-		
6. Narcisismo	13.76	5.22	.07	-.03	.10	.12**	.35***	-	
7. Psicopatía	8.00	5.26	-.19***	-.01	.29***	.24***	.58***	.33***	-

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

Como puede observarse en la **tabla 1** (anexo), este análisis reveló los siguientes resultados: se encontró una relación estadísticamente significativa, negativa y de fuerza baja entre el estilo de apego seguro y el rasgo de personalidad psicopatía de la Tríada Oscura. Así mismo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el apego seguro y el maquiavelismo, al igual que en el narcisismo. Por otro lado, tampoco se observaron relaciones estadísticamente significativas para el estilo de apego inseguro ansioso/ambivalente con ninguno de los rasgos de la personalidad oscura: maquiavelismo, narcisismo y psicopatía.

Siguiendo con el análisis correlacional se encontró una relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza moderada entre el estilo de apego inseguro evitativo y el rasgo de personalidad maquiavelismo de la Tríada Oscura. Además, se observó una relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza baja entre el estilo de apego inseguro evitativo y el rasgo de personalidad oscura de psicopatía. Por otro lado, tampoco se observaron relaciones estadísticamente significativas para el estilo de apego inseguro evitativo y el narcisismo.

Finalmente, se encontró una correlación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza baja entre el estilo de apego inseguro desorganizado y los rasgos de personalidad maquiavelismo, narcisismo y psicopatía de la Tríada Oscura.

Una vez halladas las correlaciones bilaterales, se procedió a realizar un análisis de diferencias de medias por sexo entre hombres y mujeres por separado, en las variables estudiadas, para ver si uno de estos dos grupos establecía unas puntuaciones más significativas que el otro, como podéis apreciar en la **tabla 2** del anexo (*Análisis de diferencia de medias por género entre el estilo de apego y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura*). Señalar, que se ha excluido de este análisis de diferencias de medias el sexo no binario, debido a que sólo teníamos un participante y los resultados no iban a ser relevantes.

Tabla 2

Análisis de diferencia de medias por género entre el estilo de apego y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura.

	Género				<i>t</i>	<i>d</i>
	Masculino (<i>n</i> = 107)		Femenino (<i>n</i> = 195)			
	M	SD	M	SD		
Apego Seguro	29.32	5.73	29.31	5.87	0.14	0.00
Apego Ansioso/ambivalente	18.13	4.98	20.22	5.37	-3.31***	-0.40
Apego Evitativo	12.38	3.21	12.02	3.55	0.88	0.10
Apego Desorganizado	9.80	4.66	10.21	5.45	-0.65	-0.08
Maquiavelismo	17.68	5.72	15.56	6.28	2.89**	0.35
Narcisismo	14.99	5.74	13.07	4.80	3.10**	0.36
Psicopatía	10.03	5.60	6.91	4.74	5.12***	0.60

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

Se exploraron las diferencias de sexo en las puntuaciones obtenidas en el estilo de apego y en los rasgos de personalidad oscura. Con este objetivo se realizó una prueba *t de student* para muestras independientes junto con el estadístico *d de Cohen* para medir el tamaño del efecto. Dentro de los resultados encontrados en la variable tipo de apego se aprecian diferencias mínimas en las subescalas del cuestionario aplicado, no presentándose diferencias significativas relativas a la variable de género.

De la misma manera, se exploraron los rasgos de personalidad oscura (maquiavelismo, narcisismo y psicopatía) y se encontró que todos ellos eran estadísticamente significativos y que existían puntuaciones relevantes, siendo en todos ellos mayor la puntuación de los hombres frente a las mujeres participantes en el presente estudio. Por su parte, todos ellos también presentaron un tamaño del efecto medio.

Discusión

El objetivo principal de esta investigación se centra en estudiar la relación existente entre el estilo de apego que se desarrolla en la infancia y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura (narcisismo, maquiavelismo y psicopatía).

Recordando las hipótesis planteadas, la *Hipótesis 1* estudiaba la relación negativa entre el estilo de apego seguro y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura. Por contra, la *Hipótesis 2* analizaba si existe una relación positiva entre el estilo de apego inseguro y los rasgos de personalidad oscura. Y, finalmente, en la *Hipótesis 3* se esperaba que el grupo de hombres puntuara más alto que el grupo de mujeres en los rasgos de la Tríada Oscura, sin que hubiese diferencias significativas en los estilos de apego.

En la *Hipótesis 1* se puede ver reflejado en los resultados hallados, una relación negativa entre el estilo de apego seguro y el rasgo de personalidad psicopatía de la Tríada Oscura. Ello significa que, a mayores niveles de apego seguro, los individuos reportan menores niveles de psicopatía. En un estudio realizado por Celedón et al., (2016), se describen los tipos de apego de un grupo con rasgos psicopáticos y antisociales. Los participantes que poseían un estilo de apego seguro tendían a establecer relaciones interpersonales estables y satisfactorias, en detrimento de manifestar conductas agresivas, de aislamiento, impulsividad y engaño. Por lo que, no es extraño pensar que las personas con un apego seguro establecerán buenos vínculos afectivos, empatizarán con otros y se mostrarán cariñosos (Brando et al., 2008), alejándose de estos rasgos oscuros que se caracterizan por presentar violencia psicológica, inhibición moral, manipulación, baja amabilidad, insensibilidad y comportamientos confusos en contextos de interacción interpersonal y social (González, 2015). Sin embargo, por esta frialdad emocional, la psicopatía se correlaciona positivamente con el apego inseguro evitativo cuya característica principal es la desvinculación (Morell, 2021) concordando, así, con nuestra *hipótesis 2*, dónde a mayores niveles de apego inseguro evitativo, los individuos reportan mayores niveles de psicopatía.

Siguiendo los resultados de la *hipótesis 1*, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el apego seguro y el maquiavelismo, así como, entre el apego seguro y el narcisismo. Contrario a esto, Wolfsberger (2015) señalaba que los adultos narcisistas informaban de una infancia en la que se daba falta de afecto por parte de la madre, mientras que, gozaban de una buena relación con el padre, desarrollando en la adultez un estilo de apego seguro, a diferencia de aquellas personas con personalidad maquiavélica. Dickinson y Pincus (2003), apoyaban estos resultados, arrojando datos donde el narcisismo presentaba un estilo de apego seguro. Sin embargo, Diamond et al., (2014), encontraron resultados parcialmente acordes a nuestra *hipótesis 2*, donde el narcisismo subclínico se relacionaba con el apego inseguro evitativo y desorganizado. Otros autores revelaron resultados contrarios a los nuestros, ya que, se establecía una relación negativa entre el narcisismo y el apego inseguro (Krizan y Herlache, 2018). Esto puede ser debido a que los vínculos establecidos en la infancia no fueron del todo malos, gracias a la elevada autoestima que presentan las personas narcisistas, así como, un elevado cuidado paternal (González, 2015).

En la *hipótesis 2*, se puede ver reflejado la relación positiva y significativa entre el estilo de apego inseguro (en concreto, el apego evitativo y desorganizado) y los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura. Estos rasgos han sido estudiados de una manera combinada, así como, desde una perspectiva más individual. De esta forma, investigaciones

como las llevadas a cabo por autores como Bloxson et al., (2021) han llegado a la conclusión de que la incapacidad de vincularse emocionalmente con los demás es un indicador clave del apego inseguro (Jonason et al., 2018) y, por lo tanto, implica desarrollar rasgos de personalidad oscura, que comprende las tres dimensiones de la Tríada Oscura consideradas socialmente aversivas. Jonason et al., (2014), ya predecían en sus investigaciones que los rasgos de personalidad de la Tríada Oscura estaban positivamente relacionados con los indicadores de crianza disfuncional (esto es, apego inseguro y cuidado parental limitado) y negativamente relacionados con el estilo de apego seguro.

Siguiendo con el análisis realizado, se encontraron unos resultados estadísticamente significativos entre el estilo de apego inseguro evitativo y el rasgo de personalidad maquiavelismo. Lo que significa que, a mayores niveles de apego inseguro evitativo, los individuos reportan mayores niveles de maquiavelismo. Distintas investigaciones han llegado a la misma conclusión (Stevenson y Akram, 2020) debido a que las personas maquiavélicas viven en un mundo emocionalmente vacío sin conexión con sus propias emociones (alexitimia). Esta desvinculación con su entorno es resultado de no ser conscientes de sus propias experiencias emocionales, siendo incapaces de empatizar con los demás y proporcionar apoyo social (Ináncsi et al., 2015).

En suma, este trabajo presenta resultados significativos entre el apego desorganizado y los tres rasgos de la Tríada Oscura (narcisismo, maquiavelismo y psicopatía). Siendo debido a que el apego desorganizado coexiste tanto con el apego inseguro ansioso como con el evitativo (Stevenson y Akram, 2020), en el que la persona demuestra un comportamiento confuso, incoherente y contradictorio en cuanto a sus relaciones de afecto con otros (Ballester et al., 2014; Heym et al., 2020), predominando la desvinculación con su entorno.

Por último, en la *hipótesis 3*, se plantea la existencia de posibles diferencias de sexo para explicar la relación entre el apego y la personalidad oscura. A pesar de que dentro de los rasgos de personalidad oscuros (maquiavelismo, narcisismo y psicopatía), se encontró en todos ellos una mayor puntuación de los hombres frente a las mujeres, es una diferencia mínima y, por lo tanto, poco representativa para establecer como resultados relevantes en nuestro estudio. Sin embargo, Jonason et al., (2018) realizó una visión sobre el rol de género en el que los rasgos oscuros se relacionaban más con la masculinidad y menos con la feminidad. Este resultado coincide con los de un estudio realizado con población española (Dorta, 2021), donde los hombres puntuaron más en los rasgos de la Tríada Oscura que las mujeres, lo que sugiere que las diferencias de sexo pueden ser parte de un sistema coordinado de adaptaciones sociales que permiten a los hombres, en particular, ser más imprudentes, manipuladores, tendentes al amor propio y con más ganas de liderar que las mujeres.

Este trabajo aporta una mirada más en detalle de la relación que existe entre el estilo de apego y los rasgos de personalidad oscura. Al menos dos de estos rasgos, el maquiavelismo y la psicopatía, están muy relacionados con el apego inseguro (Bloxson et al., 2021). En concreto, el apego evitativo y/o desorganizado es el que aporta datos más significativos a la hora de realizar las correlaciones. Mientras que, el narcisismo no parece mostrar las mismas conexiones. Pudiendo dar a entender que es menos desadaptativo que los otros dos rasgos oscuros (Heym et al., 2020) en lo que al cuidado parental y vinculación afectiva se refiere (Nickisch et al., 2020). Además, este estudio ofrece un enfoque más completo de la relación del apego y los rasgos oscuros de la personalidad a diferencia de otros, que se centran más en el apego romántico. Se aprecia, también, que son los hombres los que más puntúan en los rasgos de personalidad oscura frente a las mujeres (Connor et al., 2020). Por lo que, ambos pueden experimentar la socialización y los vínculos afectivos de manera diferente.

Por todo ello, las implicaciones prácticas que podría tener este trabajo, en términos clínicos, se dirigen hacia planes de prevención para un correcto desarrollo del estilo de apego seguro en los padres y la implantación de programas preventivos en colegios e institutos, de

cara a modificar las conductas manipulativas, de engaño y antisociales, características de la Tríada Oscura. Estos programas les dotarían de las herramientas necesarias para poder establecer relaciones sanas y establecer vínculos afectivos adecuados, así como evitar, identificar y salir de situaciones y/o relaciones aversivas.

Por su parte, sería recomendable establecer programas educativos de socialización más igualitaria donde los hombres no vean un trato favorable, o simplemente normalizado a la hora de realizar conductas más imprudentes, insensibles y carentes de empatía, a diferencia de las mujeres.

Son varias las futuras líneas de investigación que pueden surgir teniendo como base el presente estudio, ya que, es necesario seguir investigando sobre el apego parental y los rasgos de la Tríada Oscura. Sería interesante ampliar la muestra de estudio y que llegase al mayor número de países posible. Con ello podríamos estudiar las relaciones existentes entre los estilos de apego que predominan en cada país y la personalidad oscura. Así como, explorar las diferencias de crianza en las distintas culturas para ahondar más en sus posibles causas.

Los tres componentes de la Tríada coinciden en un rasgo fundamental: la ausencia de empatía, el no ser capaces de ponerse en el lugar de otra persona, por lo que, otra posible línea de investigación podría ser analizar la relación mediadora de la empatía y ver cómo actúa entre el tipo de apego y los rasgos de personalidad oscura.

No se han encontrado estudios que investiguen la edad de estas variables. Por lo que, un estudio longitudinal de los distintos rangos de edad podría arrojar datos sobre si la personalidad se mantiene estable en el tiempo o, por el contrario, puede cambiar a lo largo de los años, gracias a los nuevos vínculos establecidos. Tampoco se han encontrado investigaciones sobre el estado civil y podría ser relevante estudiar la convivencia (en soledad o en pareja) de aquellas personas con rasgos de personalidad oscura.

La mayor limitación que ha tenido este estudio ha sido el formulario que se pasó a los distintos participantes, ya que, al ser esta investigación una parte de un estudio más grande y global, el cuestionario era muy largo. Esto pudo hacer que los participantes llegasen cansados a las últimas preguntas del mismo y las respuestas no fuesen las mismas que hubiesen contestado de estar al 100% de sus facultades atencionales.

Otra de las limitaciones de este trabajo es que no se han encontrado correlaciones significativas entre el apego ansioso y los rasgos de personalidad oscura. Esto podría deberse a que en anteriores estudios el apego ansioso/ambivalente se da más desde un punto de vista de una relación íntima, con la pareja y no tanto desde el estilo de apego del cuidado parental que sería el que ocupa nuestra investigación.

En cualquier caso, no hay estudios de peso a la hora de hablar de un estilo de apego determinado en cada uno de los rasgos de la Tríada Oscura. Por lo que, es importante seguir realizando estudios sobre el apego en la infancia y la personalidad oscura, ya que, por un lado, la mayoría de los estudios encontrados se centran en un apego más íntimo, romántico o de pareja (Del Giudice, 2011), y, sería interesante aislarlo del apego parental. Y, por otro lado, los estudios realizados no consiguen dar una misma respuesta a qué estilo de apego concreto se relaciona con los rasgos de la Triada Oscura.

Referencias bibliográficas

Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). *Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, 1. Madrid: Alianza.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Londres, Reino Unido: Routledge.

- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>.
- Ali, F., & Chamorro-Premuzic, T. (2010). The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 228-233. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.016>
- Apostolou, M., Paphiti, C., Neza, E., Damianou, M., & Georgiadou, P. (2019). Mating performance: exploring emotional intelligence, the dark triad, jealousy and attachment effects. *Journal of Relationships Research*, 10, e1.
- Ballester, C., Molero, R. y Gil, M.D. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 375-383. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.515>
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego/Short version of CaMir questionnaire (CaMir-R) to assess attachment. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>.
- Bailey, C., & Shelton, D. (2014). Self-reports of faulty parental attachments in childhood and criminal psychopathy in an adult-incarcerated population: An integrative literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(4), 365-374. <https://doi.org/10.1111/jpm.12086>
- Bell, S.M. y Ainsworth, M.D. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190. <https://doi.org/10.2307/1127506>
- Bloxson, C. A., Firth, J., Kibowski, F., Egan, V., Sumich, A. L., & Heym, N. (2021). Dark shadow of the self: How the Dark Triad and empathy impact parental and intimate adult attachment relationships in women. *Forensic Science International: Mind and Law*, 2, 100045. <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2021.100045>
- Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1976). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *El vínculo afectivo*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Brando, M., Valera, J., & Zarate, Y. (2008). Estilos de apego y agresividad en adolescentes. *Revista de Psicología*, 27(1), 16-42.

- Brewer, G., Bennett, C., Davidson, L., Ireen, A., Phipps, A. J., & Stewart-Wilkes, D. (2018). Dark triad traits and romantic relationship attachment, accommodation, and control. *Personality and Individual Differences, 120*, 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.008>
- Bueno, S. B. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de psicoterapia, 31*(116), 169-189.
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis, 15*, 1-17.
- Carreón, W. S. H. (2020). El apego patológico proclive a conductas antisociales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 23*(2), 674.
- Casullo, M. M., & Liporace, M. F. (2005). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones, 12*, 183-192.
- Celedón, J. C., Cogollo, M. E., Barón, B., Miranda, M., & Martínez, P. (2016). Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Encuentros, 14*(1), 151-165. doi:10.15665/re.v14i1.675.
- Chen, B. B. (2017). Insecure attachment, resource control, and unrestricted sociosexuality: From a life history perspective. *Personality and Individual Differences, 105*, 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.062>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor, P. J., Spark, A., & Kaya, M. (2020). The desire for sexual attention: Relationship with dark triad traits and parental bonding factors. *Personality and Individual Differences, 155*, 109685. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109685>
- Del Giudice, M. (2011). Sex differences in Romantic Attachment: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(2), 193-214.
- Delgado, A. O., (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4*(1), 65-81.
- Diamond, D. Y., Frank, E., Stern, B. L., Kenneth, N., Hörz, S. D., Stephan-Fischer-Kern, M. D., & Jill-Clarkin, J. F. (2014). Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes con trastornos comórbidos de personalidad narcisista y límite. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, 48*(1), 527-551.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders, 17*(3), 188-207. doi: 10.1521/pedi.17.3.188.22146
- Dorta, E. (2021). *Validación del cuestionario short dark triad (SD3) en la población española*. Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca.

- Furnham, A., Richards, S. C., & Paulhus, D. L. (2013). The Dark Triad of personality: A 10 year review. *Social and personality psychology compass*, 7(3), 199-216. <https://doi.org/10.1111/spc3.12018>
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la Teoría del Apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 66-73. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Gómez, K. Á. (2020). El trastorno afectivo bipolar es una expresión narcisista y melancólica/maníaca en psicodinámica. *Poiésis*, 38, 130-139. <https://doi.org/10.21501/16920945.3558>
- González, F. R. (2015). La tríada oscura de la personalidad: maquiavelismo, narcisismo y psicopatía. Una mirada evolutiva. *Criminalidad*, 57(2), 253-265.
- Heym, N., Kibowski, F., Bloxson, C. A. J., Blanchard, A., Harpera, A., & Wallace, L. (2020). The dark Empath: Characterising dark traits in the presence of empathy. *Personality and individual differences*, 169, 110172. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110172>
- Holmes, J., & Slade, A. (2017). *Attachment in therapeutic practice*. London: Sage Publications.
- Ináncsi, T., Láng, A., & Bereczkei, T. (2015). Machiavellianism and adult attachment in general interpersonal relationships and close relationships. *Europe's journal of psychology*, 11(1), 139. doi: 10.5964/ejop.v11i1.801
- Jonason, P. K., & Buss, D. M. (2012). Avoiding entangling commitments: Tactics for implementing a short-term mating strategy. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 606–610. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.015>
- Jonason, P. K., Lyons, M., & Bethell, E. (2014). The making of Darth Vader: Parent–child care and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 67, 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.006>
- Jonason, P. K., & Davis, M. D. (2018). A gender role view of the Dark Triad traits. *Personality and Individual Differences*, 125, 102–105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.004>
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the short dark triad (SD3) a brief measure of dark personality traits. *Assessment*, 21(1), 28-41.
- Krizan, Z., & Herlache, A. D. (2018). The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22(1), 3-31. DOI: 10.1177/1088868316685018
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatología Salud Mental*, 24, 83-93.

- López, M. H. (2020). Relación entre estilos de apego y regulación emocional. *MLS Psychology Research*, 3(2), 1-21.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). *Procedimientos para identificar a los bebés como desorganizados / desorientados durante la situación extraña de Ainsworth*. En M.T. Greenberg, D. Cicchetti y E.M. Cummings (Eds.), *Apego en los años preescolares* (págs. 121-160). Chicago, University of Chicago Press.
- Mack, T. D., Hackney, A. A., & Pyle, M. (2011). The relationship between psychopathic traits and attachment behavior in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 584-588. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.05.019>.
- Mayer, J., Savard, C., Brassard, A., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2020). Subclinical Psychopathic Traits and Romantic Attachment in Treatment-Seeking Couples. *Journal of marital and family therapy*, 46(1), 165-178. <https://doi.org/10.1111/jmft.12387>.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Monteca, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001>
- Monteserín, M. (2012). Teoría del apego. Revisión conceptual y biológica en relación con los trastornos de la personalidad. *Aperturas Psicoanalíticas*, 41, 1-16. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000752&a=Teoria-del-apego-Revision-conceptual-y-biologica-en-relacion-con-los-trastornos-de-la-personalidad>
- Morales, C. y Ventura, M. (2016). Apego inseguro ansioso ambivalente en niños y niñas cuyos padres están en proceso de separación ambigua con dinámicas de triangulación y conflictos de lealtad. *Psiquiatría y salud mental*, 33(1/2), 19-29.
- Morell, M. (2021). Modelo explicativo de la psicopatía desde el punto de vista de la teoría del apego. *Revista Skopein - Criminalística y Ciencias Forenses*, 22(1), 48-57. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062011000400002>
- Nickisch, J., Zemp, M., & Landolt, M. A. (2020). Parental care and attachment: A review of evidence and implications for emergency and critical care pediatric medicine. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(1), e26-e34. doi: 10.1097/PCC.0000000000002211
- Ortiz, E., & Marrone, M. (2002). La teoría del apego. Un enfoque actual. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 10, 401.
- Parra, J. A. M., & Falcón, V. V. (2021). Relación entre estilos de apego y estrategias de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Psicología Unemi*, 5(9), 46-57. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp46-57p>

- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556–563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6).
- Pérez-Aranda, G. I., Peralta-López, V., Estrada-Carmona, S., García-Reyes, L., & Tuz-Sierra, M. Á. Á. (2019). Estilos de apego en la relación de pareja de hombres y mujeres en la adultez temprana y adultez media. *Calidad de Vida y Salud*, 12(2), 1-37.
- Pierucci, A. & Luna, K. (2014). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225. <https://doi.org/10.25009/pys.v13i2.893>
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 6, 421-446. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
- Pineda, D., Sandín, B., & Muris, P. (2020). Psychometrics properties of the Spanish version of two dark triad scales: the dirty dozen and the short dark triad. *Current Psychology*, 39(5), 1873-1881. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9888-5>
- Rabadán Rubio, J. A., Gómez Brugarolas, M. L., Pérez Cánovas, M. D. C., Sánchez Mazzuchelli, R., & Pérez Faz, C. (2019). La influencia de la personalidad parental como predictor de la configuración del apego y de los problemas de conducta en la infancia. *Revista de Psicología*, 2, 15-22. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v1.1665>
- Redondo, I. y Herrero, D. (2019). Validation of the CAMIR-R attachment questionnaire in an adult spanish sample. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(5). 925-936. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1145>.
- Rivas, I. V. (2018). Una Formulación Funcional Familiar Usando el Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 21-37. DOI: 10.33898/rdp.v29i111.261
- Rivero, J. C. C., García, B. B., Bustos, P. M., Cogollo, M. E., & Yáñez, M. M. (2016). Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Encuentros*, 14(1), 151-165. <http://dx.doi.org/10.15665/re.v14i1.675>
- Smolewska, K., & Dion, K. (2005). Narcissism and adult attachment: A multivariate approach. *Self and Identity*, 4(1), 59–68. <https://doi.org/10.1080/13576500444000218>
- Solomon, J., Duschinsky, R., Bakkum, L., & Schuengel, C. (2017). Toward an architecture of attachment disorganization: Jonh Bowlby's published and unpublished reflections. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 539- 560. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104517721959>
- Stevenson, J., y Akram, U. (2020). The Role of Disorganization in the Relationship Between Adult Attachment and the Dark Triad Personality Traits. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 317-333.

Tawny, D., Hackney, A., y Pyle, M. (2011). The relationship between psychopathic traits and attachment behavior in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 584–588. doi: 10.1016/j.paid.2011.05.019

Unrau, A. M., & Morry, M. M. (2019). The subclinical psychopath in love: mediating effects of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(2), 421-449. <https://doi.org/10.1177/0265407517734068>

Vize, C. E., Lynam, D. R., Collison, K. L., & Miller, J. D. (2018). Differences among dark triad components: A meta-analytic investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9, 101.

Wolfsberger, F. (2015). La tríada oscura de la personalidad. *Mente y cerebro*, 75, 46-52.

Fecha de recepción: 12/08/2022

Fecha de revisión: 06/06/2023

Fecha de aceptación: 12/06/2023

Cómo citar este artículo:

Mobili, E., Monzón, D.V. y Rubiano, G.R. (2023). Actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivos-compulsivos en usuarios de gimnasios. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 137-151. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1609.

**ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN Y
COMPORTAMIENTOS
OBSESIVOS-COMPULSIVOS EN USUARIOS DE GIMNASIOS**

Estefano Mobili

Universidad Europea del Atlántico (España)

estefanomobili@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-3858-2128>

Daniela Valentina Monzón Blanco

Universidad Arturo Michelena (Venezuela)

monzonvale@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0002-9564-7506>

Gabriela Rosmarel Rubiano Figueredo

Universidad Arturo Michelena (Venezuela)

gabrielarubianof@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0003-3473-2368>

Resumen. Este artículo tuvo como objetivo analizar el tipo de relación entre actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivos-compulsivos en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela. Se realizó un muestreo no probabilístico, donde participaron 30 usuarios de los gimnasios Body Fit Training Center y Preta Fitness BJJ. Metodológicamente, se trató de una investigación de campo, con diseño no experimental, transversal, de nivel descriptivo y modalidad correlacional. Como resultados, el 76,67% de la muestra presentó niveles bajos o sin riesgo, mientras que el 20% se reflejó como población de riesgo o con presencia de factores premórbidos para el desarrollo de TCA y el 3,333% manifestó la presencia indudable de la patología o población clínica. Se administró el Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI) donde el 60% de la muestra obtuvo una puntuación considerada sin riesgo o población general. El 20% manifestó sintomatología leve, el 6,667% presencia de TOC con un pequeño margen de error y el 13,33% la presencia indudable de la patología. La prueba Shapiro-Wilk, indicó que los datos de la muestra no presentan una distribución normal. Posteriormente, se procedió a realizar la correlación de las variables por medio del coeficiente Rho de Spearman, presentando una relación positiva muy fuerte entre ambas variables, aceptándose así la hipótesis de investigación (Hi). Finalmente, se develó que los participantes presentaron creencias desadaptativas y obsesiones con respecto a la alimentación, el ejercicio y la figura corporal deseada, las cuales generan malestar significativo y a su vez comportamientos compulsivos.

Palabras clave: actitudes, comportamientos, obsesivos-compulsivos.

EATING ATTITUDES AND OBSESSIVE-COMPULSIVE BEHAVIORS

Abstract. The objective of this article was to analyze the type of relationship between attitudes towards eating and obsessive-compulsive behaviors in young adults belonging to two gyms in the metropolitan area of Valencia, Venezuela. A non-probabilistic sampling was carried out, where 30 users of the Body Fit Training Center and Preta Fitness BJJ gyms participated. Methodologically, it was a field investigation, with a non-experimental, cross-sectional design, descriptive level and correlational modality. As results, 76.67% of the sample presented low levels or without risk, while 20% was reflected as a population at risk or with the presence of premorbid factors for the development of TCA and 3.333% manifested the undoubted presence of the pathology or clinical population. The Clark-Beck Obsession-Compulsion Inventory (C-BOCI) was administered, where 60% of the sample obtained a score considered without risk or general population. 20% manifested mild symptoms, 6.667% presence of OCD with a small margin of error and 13.33% the undoubted presence of the pathology. The Shapiro-Wilk test indicated that the sample data do not have a normal distribution. Subsequently, the variables were correlated using Spearman's Rho coefficient, presenting a very strong positive relationship between both variables, thus accepting the research hypothesis (H_i). Finally, it was revealed that the participants presented maladaptive beliefs and obsessions regarding food, exercise and the desired body figure, which generate significant discomfort and in turn compulsive behaviors.

Keywords: attitudes, behaviors, obsessive-compulsive.

Introducción

La Asociación de Medicina Deportiva de Colombia (AMEDCO, 2011) define la actividad física como “cualquier movimiento corporal voluntario de contracción muscular, con gasto energético mayor al de reposo” (p. 205), de manera que, hace referencia a las acciones que consumen energía corporal llevadas a cabo de manera intencional. En este sentido, los individuos adoptan actitudes funcionales o adaptativas en relación al proceso y los resultados que esperan obtener o, por el contrario, desarrollan actitudes disfuncionales o desadaptativas que no concuerdan con la salud y el bienestar.

Algunos expertos, han demostrado que hombres y mujeres que se ejercitan con el objetivo de perder peso, así como, incrementar musculatura o mejorar su aspecto corporal, poseen mayor probabilidad de desarrollar alteraciones de comportamiento alimentario, en comparación con quienes se ejercitan por motivos de salud o recreación (McDonald y Thompson, como se citaron en San Mauro et al., 2014).

Para Schapiro (2006), diversas investigaciones han demostrado que alrededor de 8 millones de jóvenes europeos, poseen actitudes perjudiciales para la salud debido a la alimentación, detallando que, de esta cifra, sólo el 10% de las personas son de sexo masculino. Igualmente han develado que las tasas de mortalidad, por las actitudes nocivas ante la alimentación, varían entre el 4% y el 20%, pudiendo incrementar en caso de que la persona posea bajo peso de 40%.

En este orden de ideas, se considera que las personas que realizan actividades físicas, entre las que cuentan los entrenamientos en gimnasios, tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas de riesgo, entre las cuales se incluye: omitir comidas, mantener una alimentación restrictiva, ayuno, uso de medicamentos con fines dietéticos, laxantes, entre otros, con la finalidad de alcanzar la figura y el peso esperado (Stapleton et al., 2014).

Al respecto, los comportamientos obsesivos-compulsivos también se asocian a los hábitos alimenticios y se fundamentan en la teoría biproceso mediacional del miedo, la cual plantea la adopción del miedo y evitación a través del condicionamiento clásico y el mantenimiento por medio del condicionamiento instrumental (Boticario, 2016), de manera que, la persona adquiere la experimentación de temor o la ansiedad ante la imposibilidad de llevar a cabo las prácticas alimenticias deseadas: ingesta alimentaria,

el miedo a subir de peso, necesidad de realizar ejercicio y pensamientos repetitivos ligados al entrenamiento físico o a la alimentación.

Por este motivo y reconociendo que las actitudes ante la alimentación y los comportamientos obsesivo-compulsivos presentan diversas similitudes en el aspecto cognitivo, afectivo y comportamental, se realizó un estudio correlacional en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios venezolanos del área Metropolitana de Valencia del Estado Carabobo, enmarcado en la línea de investigación personalidad y salud mental de la Universidad Arturo Michelena, con la finalidad de establecer el tipo de relación existente entre las variables actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivo-compulsivos.

El presente artículo, tuvo como propósito general analizar el tipo de relación entre actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivo-compulsivos en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela. Adicionalmente, tuvo como objetivos específicos: 1.- Conocer el nivel de actitudes ante la alimentación en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela; 2.- Medir el nivel de comportamientos obsesivos-compulsivos en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela; y 3.- Establecer el tipo de relación entre actitudes ante la alimentación y comportamientos obsesivos-compulsivos en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela.

Estudios previos: investigaciones Internacionales

Jáuregui-Lobera (2016), desarrollo una investigación titulada “Conocimientos, actitudes y conductas: hábitos alimentarios en un grupo de estudiantes de nutrición” en la Universidad Pablo de Olavide, España. Tuvo como objetivo general valorar si los conocimientos de nutrición garantizan un patrón alimentario saludable. Metodológicamente, fue un estudio descriptivo, transversal. Tuvo una muestra de 50 mujeres con una edad media de 17 a 21 años.

El resultado de este estudio reflejó que más del 50% de la muestra presentó ayuno completo en relación al desayuno y el almuerzo. El 16% presentó ausencia de ingesta durante la tarde y en el 20% mostró que la alimentación diaria se fundamenta en el desayuno, almuerzo y cena.

Esta investigación representa un aporte importante para el presente estudio ya que constituye una base epistémica para el abordaje de la variable actitudes ante la alimentación, debido a que provee cifras referenciales que indican la presencia de actitudes nocivas en un rango de la población, lo que permite ampliar la perspectiva teórica.

Silva (2017), presentó un estudio titulado *Relación entre perfeccionismo, actividad física y otras variables psicológicas en varones universitarios*, para optar al grado académico de Máster Oficial en Psicología General Sanitaria en la Universidad Autónoma de Madrid, España. Tuvo como objetivo general determinar la relación existente entre el perfeccionismo y la actividad física, así como examinar el vínculo entre cada una de estas dos variables y diversas dimensiones del bienestar psicológico.

Metodológicamente, se empleó un diseño transversal prospectivo de doble fase. Tuvo como muestra 217 estudiantes varones pertenecientes a 1º y 4º de grado de la Facultad de Ciencias de la Educación Física y el Deporte (INEF, UPM) a los cuales aplicó los cuestionarios relacionados a las variables de estudio y los instrumentos: examen de trastornos de la conducta alimentaria (EDE-12, 1993) y Escala de Obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS, 1997).

Los resultados de este estudio arrojaron un incremento en el perfeccionismo relacionado a la apariencia física, patología alimentaria, síntomas obsesivos-compulsivos y síntomas de depresión y ansiedad. Asimismo, presentaron una frecuencia media superior relacionada a la práctica de actividad física vigorosa.

Esta investigación también constituyó un aporte interesante para el presente trabajo, dado que abarcó la etapa evolutiva correspondiente a la adultez joven y develando que los universitarios con un elevado grado de perfeccionismo presentan repercusiones en relación a su aspecto físico, hábitos alimenticios nocivos y síntomas obsesivo-compulsivos.

Investigaciones Nacionales

Ramos (2020), presentó una investigación titulada *Balance afectivo y ansiedad en personas que presentan obesidad*, para optar al grado académico de Licenciado en Psicología, mención Clínica en la Universidad Arturo Michelena en San Diego, Venezuela. Tuvo como objetivo general determinar la relación existente entre el balance afectivo y la ansiedad en personas que presentan obesidad que han asistido en los últimos 7 meses al Gimnasio Force Gym. Metodológicamente, empleó una metodología de campo, no experimental, enmarcada en una modalidad descriptiva-correlacional. La muestra fue de 23 personas entre los 18 y 49 años, a las cuales les aplicó la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung (Zung, 1965, adaptación de Astocondor, 2001) y la Escala de Balance Afectivo (Warr et al., 1983, adaptación de Godoy-Izquierdo et al., 2008).

Los resultados de este estudio reflejaron que el 69,5% de la muestra presentaba sintomatología ligada a la ansiedad, reflejando la mayor parte de la población, es decir, el 34,8%, un grado moderado de ansiedad. Por su parte, se determinó que el 47,8% de los usuarios investigados indicaban un balance afectivo de carácter positivo, mientras que el 52,2% de estos presentaban balance afectivo negativo.

En este sentido, dicho trabajo de grado contribuyó teóricamente a la presente investigación, debido a que la autora determinó que los usuarios del gimnasio manifestaron en su mayoría sintomatología ansiosa junto con un balance afectivo negativo, siendo niveles que se comportan de manera similar, lo cual indica probabilidad de desarrollar sentimientos displacenteros ante la ansiedad o el estrés.

Zerpa y Ramírez (2020), desarrollaron una investigación titulada *Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes de Caracas: 2012 vs. 2018*, publicada en la revista Salud Pública y Nutrición en Caracas, Venezuela. Tuvo como objetivo principal comparar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo sugestivas de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. Metodológicamente, empleó una metodología de tipo descriptiva, no experimental y de naturaleza ex post facto retrospectivo. La muestra la conformaron 331 participantes en el año 2012 y 622 participantes en el año 2018, a los cuales les aplicaron el instrumento cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26, 1994).

Los resultados de este estudio reflejaron prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) de 6,4% (2012) y 15,3% (2018). Asimismo, se observaron diferencias en los puntajes con relación a los factores Bulimia y Control Oral. Entre las conclusiones más importantes, se consideraron cambios significativos con relación a la prevalencia de conductas de riesgo de TCA.

El artículo significó un aporte teórico para el presente estudio, porque amplía la perspectiva en función de la evolución de la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en Venezuela, obteniendo que, en un lapso de seis años, la presencia de

hábitos alimenticios poco saludables se incrementó más del doble, siendo este un cambio altamente preocupante al reflejar el aumento de la vulnerabilidad de la población. Aunado a esto, permite evidenciar las conductas premórbidas que pueden atentar contra la integridad física y psicológica de la población de estudio.

Teoría general de las actitudes

Las cogniciones y las creencias tienen gran influencia en las acciones y decisiones de las personas, por lo que permiten que estos adopten diversas posturas de acuerdo al contexto. En este sentido, Fernández (2014), define la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

En este orden de ideas, el individuo adquiere las actitudes a partir del aprendizaje con relación a sus experiencias previas, las cuales sirven de factor predisponente ante los estímulos, es decir, proporciona una serie de respuestas basadas en los esquemas, cogniciones, pensamientos y la afectividad de la persona, por lo que, en las actitudes, existe una interrelación entre el componente cognitivo, afectivo y conductual. Por consiguiente, no sólo se asocian las experiencias del individuo sino también las aprendidas a través de la experiencia de otros (Páez, 2003).

Asimismo, pueden ser entendidas en términos de intensidad, encontrándose en un nivel alto o bajo, de acuerdo a su dirección, las actitudes se describen como favorables o desfavorables, también se pueden referir a las situaciones u objetos, comprendiéndose a estos últimos como personas, organizaciones, grupos políticos, religiosos, raciales, entre otros, por su parte, las situaciones abarcan aquellas conductas específicas que se relacionan con los objetos. Por ende, estas se encuentran constituidas por múltiples dimensiones como lo son el componente afectivo, relacionada a los sentimientos de placer o displacer, el cognitivo, orientado a los pensamientos, ideas y creencias referentes al objeto y las conductuales o forma que puede predecir una acción (Aigner, 2008).

Por este motivo, cada persona ha adquirido a través de sus procesos de aprendizaje una perspectiva que apoya o contradice determinados elementos que forman parte de su día a día, es evidente entonces que la forma de alimentarse también lleva detrás de sí un conjunto de creencias que han ocasionado que la persona lleve a cabo los hábitos dietarios de su preferencia. Sin embargo, estos pueden ser saludables o nocivos según la información que la persona haya recibido al respecto, así como la percepción que haya desarrollado con respecto a dicha temática.

Actitudes ante la alimentación

Son contextualizadas como la manera en que se conciben y se valoran los alimentos, lo cual repercute en el comportamiento alimentario de las personas, por ende, quien posea actitudes negativas hacia uno o varios alimentos, podrá manifestar conductas nocivas dentro del contexto alimentario, tales como minimizar el consumo de dicho alimento o suprimirlo de su régimen alimenticio (Galeano y Krauch, 2010).

No obstante, las actitudes positivas generan comportamientos saludables hacia los alimentos, incluyéndolos en su repertorio dietético. Asimismo, las Actitudes ante la Alimentación perjudiciales o negativas incluyen el seguimiento de un régimen alimenticio estricto con el objetivo de disminuir el peso corporal y la preocupación

excesiva por la figura física, siendo estos factores que pueden desencadenar una psicopatología (Raich, como se citó en Lameiras et al., 2003).

Por consiguiente, las actitudes ante la alimentación son comprendidas por medio del modelo de los tres factores, siendo este un aporte teórico que aborda los elementos biopsicosociales al fundamentarse en los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. De este modo, los factores predisponentes abarcan elementos individuales, como identidad, personalidad, percepción de la figura corporal y procesos cognoscitivos; características familiares tales como antecedentes familiares de obesidad y nivel de importancia hacia la alimentación y la masa corporal; y elementos culturales, destacando la influencia de la delgadez.

Por su parte, los factores precipitantes hacen referencias a dietas rigurosas, exigencias ambientales, alteraciones familiares o disminución de la autoestima. Por último, los factores perpetuantes incluyen el vómito, inanición, percepción de la figura corporal, personalidad, fisiología intestinal y la relevancia del bajo peso (Garner y Garfinkel, como se citaron en Unikel et al., 2017).

En este sentido, las actitudes ante la alimentación se componen por las conductas asociadas a tres dimensiones. En primer lugar, se encuentra la dieta y la preocupación por la comida, la cual se centra en la preocupación por disminuir el peso corporal junto con la evasión hacia alimentos que puedan incrementar la talla. En segundo lugar, se aborda la presión social percibida y malestar con la alimentación, donde se abarca la percepción que tiene la persona sobre los comentarios que recibe de su entorno con relación al peso y figura corporal, así como los pensamientos asociados a la ingesta de los alimentos; los cuales le generan displacer. En tercer lugar, se exploran los trastornos psicobiológicos, donde se focaliza la relación que tienen los procesos mentales en las alteraciones biológicas (Garner y Garfinkel, 1979, como se citaron en Castro et al., 1991).

Se evidencia que las actitudes ante la alimentación de riesgo poseen pensamientos e impulsos asociados a la figura corporal, actividad física, la delgadez y la dieta, pudiendo ser catalogados como intrusivos, a la vez que se presentan acciones compensatorias, tales como la evitación de alimentos, el control constante del peso corporal y la práctica excesiva de ejercicio físico, exhibiendo similitudes con los comportamientos obsesivos-compulsivos, debido a que los pensamientos intrusivos referentes a la ingesta y el entrenamiento físico pueden ser concebidos como desagradables, dificultando el desenvolvimiento de la persona en su rutina debido a la dificultad de reducir o eliminar tales ideas, así como es posible que se manifiesten rituales asociados a las intrusiones (Roncero et al., 2010).

Comportamientos Obsesivo-Compulsivos

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), ha establecido que las obsesiones se refieren al contenido cognitivo reflejado ya sea en pensamientos, imágenes o impulsos constantes que poseen un carácter intrusivo. Por su parte, las compulsiones surgen en torno a las obsesiones, siendo una respuesta a estas, por lo que abarcan comportamientos manifiestos y cognitivos realizados en múltiples ocasiones, relacionándose mayormente a conductas realizadas en el cuerpo de la persona a la vez que se busca minimizar o erradicar tales acciones.

De esta manera, se ha establecido que este tipo de comportamientos se evidencian según la frecuencia de las obsesiones de agresión-daño, suciedad-contaminación o religioso-moral-sexual, y a través de las compulsiones de tipo repetición, lavado, precisión-simetría y comprobación (Belloch et al., 2009). En este

sentido, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIH, 2020) plantea que el origen de este tipo de comportamientos se encuentra vinculado al factor genético y elementos biológicos asociados a alteraciones en la corteza frontal y las estructuras subcorticales.

De lo anterior se deriva que los comportamientos obsesivo-compulsivos se explican por medio de la teoría de los dos factores, también conocida como teoría biproceso mediacional del miedo, la cual plantea que la adquisición del miedo y la evitación se pueden comprender por medio del condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental. De este modo, el condicionamiento clásico, expone que las respuestas de ansiedad se definen como respuestas condicionadas ante estímulos que han sido previamente neutros y se convierten en estímulos condicionados (EC) a través de la asociación con estímulos que producen aversión o ansiedad, siendo estímulos incondicionados (EI). Por consiguiente, generará una respuesta de miedo cuando se presente el EC (Robert y Botella, 1990).

Psicología de la Actividad Física y del Deporte

Se conceptualiza como el área de psicología cuyos estudios científicos hacen énfasis en la conducta de las personas dentro del contexto deportivo y la actividad física (Weinberg y Gould, 2010). En este sentido, actualmente abarca áreas investigativas con la finalidad de profundizar y desarrollar teorías acerca de intervenciones, técnicas y diversos procedimientos de evaluación y diagnóstico. Asimismo, mide el comportamiento del deportista o el equipo de deportistas a fines de poder identificar, predecir y explicar la conducta de los mismos. De igual modo, se enfoca en la aplicación de técnicas de intervención que permitan el desarrollo y fortalecimiento del rendimiento del deportista o la persona que realiza actividad física, así como disminuir o eliminar las conductas disfuncionales y desadaptativas como presencia de niveles altos de ansiedad, estrés, entre otros (Lima, 2014).

De forma consecutiva, esta área considera que la psicoeducación cumple un papel fundamental, por lo que los profesionales que ejercen la psicología del deporte deben estar capacitados y formados en el área deportiva para poder impartir los conocimientos de forma asertiva y eficaz (Lima, Ob. cit). Por último, se considera de gran relevancia, motivado a que cumple con actividades de prevención con relación a trastornos de la alimentación, de abandono, prevención de lesiones, entre otros, con la finalidad de preservar el bienestar del individuo (Lima, 2014).

Método

Diseño y tipo de investigación

Este estudio se inscribió como una investigación de campo, la cual recogió información directamente proveniente de los investigados o del contexto en que se desarrolla el fenómeno, sin modificar o alterar dicha realidad para controlar la variable, siendo una investigación no experimental (Arias, 2016). Del mismo modo, fue una investigación de tipo transversal, debido a la necesidad de recabar datos en un tiempo y período determinado, con la finalidad de describir las variables y a su vez, analizar la interacción y la incidencia que tienen las mismas sin ser manipuladas en un momento específico (Palella y Martins, 2012).

Nivel y modalidad de la investigación

El nivel de investigación, según lo planteado por Arias (2016) “se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio” (p. 23), por consiguiente, la presente investigación se enmarca en un nivel de tipo descriptivo, la cual se fundamenta en la determinación del acontecimiento, fenómeno, sujeto o grupo, a fines de establecer los elementos que lo estructuran y su forma de actuar (Arias, 2016). De este modo, se considera de nivel descriptivo, ya que se estudian y establecen las características que presenta la muestra con la finalidad de analizar la relación que existe o no entre las variables de estudio.

Población y muestra

Se seleccionó como población a los adultos jóvenes usuarios de gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela. La muestra, estuvo comprendida por 30 adultos jóvenes usuarios de los gimnasios Body Fit Training Center y Preta Fitness BJJ, ubicados en el área metropolitana de Valencia, Venezuela, siendo este el número de individuos dispuestos a colaborar con la investigación, cumpliendo también con el rango de edad establecido.

Validez y confiabilidad

El instrumento EAT-40 en su adaptación por Castro et al. (1991) posee validez concurrente de 0,87. Así pues, reflejó confiabilidad de 0,79 en el grupo de individuos con anorexia, de manera que la validación española diferencia entre el grupo de control y el de sujetos con anorexia, teniendo una consistencia interna de Alfa de Cronbach 0,92 para el segundo grupo (Garner y Garfinkel, 1979, adaptación de Castro et al., 1991). Lo que sugiere que el cuestionario *actitudes* ante la alimentación resulta un instrumento válido y confiable debido a que mide de forma objetiva la variable que se pretende estudiar en la presente investigación.

Por su parte, el instrumento C-BOCI en su adaptación por parte de Belloch et al. (2009) posee una confiabilidad de 0,82, manifestando los valores referentes al alfa de Cronbach $\geq 0,80$, excluyendo la subescala de obsesiones dado que, presentó una consistencia interna levemente menor en la muestra clínica, mientras que su validez concurrente y discriminante demostraron ser las apropiadas, haciendo énfasis en la puntuación total y en la dimensión relativa a las compulsiones (Belloch et al., 2009). De este modo, el inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión, resulta un instrumento pertinente para la presente investigación debido a sus valores de validez y confiabilidad.

Técnicas de análisis

Se empleó una prueba de bondad de ajuste debido a que, según lo planteado por Romero (2016), permite identificar la forma de distribución de los datos relativos a la muestra, de manera que sea posible establecer si se hará uso de pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas. En este sentido, se utilizó la prueba de bondad y ajuste Shapiro-Wilk, la cual se aplica en muestras iguales o menores a 50 individuos y se calcula por medio de la siguiente fórmula:

$$W = \frac{(\sum_{i=1}^n a_i x_{(i)})^2}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

En donde:

- $x_{(i)}$: Se refiere al número que ocupa la i-ésima posición en la muestra.
- \bar{x} : Es la media muestral.
- $a_{n i 1}$: Cuantiles esperados de x_1 .
- $x_{n i 1}$: Dato mayor de la muestra ordenada (Shapiro y Wilk, como se citaron en Jiménez, 2020).

Seguidamente, como técnica de análisis para el presente estudio, se empleó una técnica estadística no paramétrica, siendo esta el coeficiente de correlación de Spearman o coeficiente Rho de Spearman, el cual es explicado por Elorza y Sandoval como “una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos” (1999, p. 100) permitiendo conocer a su vez la dependencia o independencia entre variables aleatorias. En este sentido, el coeficiente de correlación de Spearman se denomina como r_s , siendo su fórmula la siguiente:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

En donde:

- n = Representa la cantidad de investigados.
- x_i = Es el rango de individuos i en relación a la primera variable.
- y_i = Se trata del rango de personas asociadas a la segunda variable.
- D = $x_i - y_i$ (Anderson et al., 1999).

Resultados

A continuación, se exponen las tablas que agrupan los resultados obtenidos a partir de la aplicación del proceso de recolección de información y datos.

Tabla 1

Estadística descriptiva de la muestra en el instrumento EAT-40

Dimensión	N	Intervalo	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar
Dieta y preocupación por la comida	30	0 – 42	11,30	8,5	8	9,22
Presión social percibida y malestar con la alimentación	30	0 – 7	1,37	0	0	2,11
Trastornos psicobiológicos	30	0 – 7	1,30	1	0	1,76
Total, EAT-40	30	0 – 56	16,17	12,5	11	11,198

Nota. Indicadores de tendencia central y dispersión de la muestra en el instrumento EAT-40. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

En la Tabla 9 se evidencia que, en la escala total de Actitudes ante la Alimentación, los intervalos arrojados por los adultos jóvenes participantes de la

investigación se ubicaron entre 0 y 56 puntos, lo cual indica que se evidenciaron personas consideradas como sin riesgo o población general, población de riesgo o con presencia de factores premórbidos para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Tabla 2

Distribución de frecuencias por niveles de Actitudes ante la Alimentación

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo o población general	23	76,67%
Población de riesgo o presencia de factores premórbidos para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	6	20%
Presencia indudable de la patología o población clínica	1	3,333%
Total	30	100%

Nota. Descripción de la distribución de frecuencia y porcentajes por niveles reflejados en la variable Actitudes ante la Alimentación. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

En la Tabla 10 y en la Figura 4 se refleja la distribución de frecuencias por niveles de Actitudes ante la alimentación, la cual se encuentra sustentada en los resultados percibidos tras la aplicación del instrumento EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979, adaptación de Castro et al. 1991) a la muestra de estudio, especificando el porcentaje de los usuarios de los gimnasios seleccionados que se ubican en el nivel de sin riesgo o población general, población de riesgo o presencia de factores premórbidos para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) o presencia indudable de la patología o población clínica, a partir de su resultado total.

Tabla 3

Estadística descriptiva de la muestra en el instrumento C-BOCI

Dimensión	N	Intervalo	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar
Obsesiones	30	0 - 35	9,8	7,5	6	7,42
Compulsiones	30	0 - 24	6,93	5,5	3 - 4	5,07
Total, C-BOCI	30	0 - 59	16,73	14	11	11,9

Nota. Indicadores de tendencia central y dispersión de la muestra en el instrumento C-BOCI. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

En la Tabla 11 se pueden evidenciar los indicadores de tendencia central de dispersión para la distribución formada por los resultados totales de la muestra estudiada ante la aplicación del instrumento C-BOCI (Clark y Beck, 2002, adaptación de Belloch et al., 2009), por consiguiente, los intervalos obtenidos oscilaron entre 0 y 59

puntos, lo que indicó que algunos usuarios se mantuvieron fuera de los puntos de corte establecidos, pudiendo ser estos considerados como sin riesgo o población general, no obstante, otros reflejaron la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos aislados, presencia de TOC de carácter subclínico o categoría leve así como la presencia de TOC manteniendo un pequeño margen de error y la presencia indudable de la patología.

Tabla 4

Distribución de frecuencias por niveles de Comportamientos Obsesivo-Compulsivos

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo o población general	18	60%
Síntomas obsesivo-compulsivos aislados, presencia de TOC de carácter subclínico o categoría leve.	6	20%
Presencia de TOC manteniendo un pequeño margen de error	2	6,667%
Presencia indudable de la patología	4	13,33%
Total	30	100%

Nota. Descripción de la distribución de frecuencia y porcentajes por niveles reflejados en la variable Comportamientos Obsesivo-Compulsivos. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

En la Tabla 12 y en la Figura 5 se evidencia la distribución de frecuencias por niveles de Comportamientos Obsesivo-Compulsivos, la cual se sustenta por medio de los resultados que arrojó la aplicación del inventario C-BOCI (Clark y Beck, 2002, adaptación de Belloch et al., 2009) a los adultos jóvenes usuarios de los gimnasios pertenecientes a la muestra estudiada, en este sentido, se especifica que el porcentaje de los usuarios se puede ubicar en el nivel sin riesgo o población general, síntomas obsesivo-compulsivos aislados, presencia de TOC de carácter subclínico o categoría leve, presencia de TOC manteniendo un pequeño margen de error o presencia indudable de la patología, de acuerdo al resultado total obtenido.

Tabla 5

Prueba de bondad de ajuste

Variable	Escala	Estadístico	gl	Sig.
Actitudes ante la Alimentación	Dieta y preocupación por la comida	0.866711	30	0.00141662
	Presión social percibida y malestar con la alimentación	0.697379	30	0.00000142937
	Trastornos psicobiológicos	0.760128	30	0.0000133322
	Total, Actitudes ante la Alimentación	0.837975	30	0.000350804

Nota. Resultados de la prueba de Shapiro-Wilk en los puntajes de los instrumentos. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

Tabla 6 (Continuación)

Prueba de bondad de ajuste

Variable	Escala	Estadístico	gl	Sig.
Comportamientos	Obsesiones	0.869172	30	0.00160569
Obsesivo-Compulsivos	Compulsiones	0.893110.	30	0.00572108
	Total, Comportamientos	0.866473.	30	0.00139962
	Obsesivo-Compulsivos			

Nota. Resultados de la prueba de Shapiro-Wilk en los puntajes de los instrumentos. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

En este sentido, es posible evidenciar en la Tabla N° 13 que la significancia correspondiente a las escalas de los instrumentos y sus respectivos resultados son menores a 0,05, por lo que no representan una distribución normal, motivo por el cual, se empleó como técnica estadística no paramétrica el coeficiente de correlación de Spearman o coeficiente Rho de Spearman con el objetivo de calcular la correlación existente entre las variables Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos.

Tabla 7

Correlación entre Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos

Actitudes ante la Alimentación		Comportamientos Obsesivo-Compulsivos		
		Obsesiones	Compulsiones	Total, Comportamientos Obsesivo-Compulsivos
Dieta y preocupación por la comida	rs	0,990**	0,992**	0,995**
	p	0,000	0,000	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01

Nota. Coeficiente de correlación entre las dimensiones de las variables Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

Tabla 8 (Continuación)

Correlación entre Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos

Actitudes ante la Alimentación		Comportamientos Obsesivo-Compulsivos		
		Obsesiones	Compulsiones	Total, Comportamientos Obsesivo-Compulsivos
Presión social percibida y malestar con la alimentación	rs	0,904**	0,905**	0,903**
	p	0,000	0,000	0,000
Trastornos psicobiológicos	rs	0,941**	0,937**	0,940**

			p	0,000	0,000	0,000
Total,	Actitudes	ante	la	rs	0,995**	0,996**
Alimentación			p	0,000	0,000	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01

Nota. Coeficiente de correlación entre las dimensiones de las variables Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos. Fuente: Monzón, Rubiano y Mobili (2021).

La Tabla 14 indica el grado de correlación entre las dimensiones de las variables Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos, reflejando que cada una de estas posee una correlación positiva muy fuerte con las demás, lo cual determina que la presencia de Actitudes ante la Alimentación desadaptativas y perjudiciales para la salud podrían verse vinculadas a una mayor presencia de Comportamientos Obsesivo-Compulsivos en los usuarios de los gimnasios que formaron parte del estudio, asimismo, la correlación podría evidenciarse de manera inversa, debido a que, a menor presencia de Actitudes ante la Alimentación perjudiciales, se disminuye la manifestación de Comportamientos Obsesivo-Compulsivos. Por este motivo, a continuación, se plantea de manera detallada la interpretación de las correlaciones entre las variables Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos con cada una de sus dimensiones.

Conclusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar el tipo de relación entre Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos en adultos jóvenes pertenecientes a dos gimnasios del área metropolitana de Valencia, Venezuela, de manera que el estudio se fundamentó a nivel teórico en los postulados del enfoque cognitivo-conductual, la Teoría General de las Actitudes y la conceptualización de las variables Actitudes ante la Alimentación y Comportamientos Obsesivo-Compulsivos. Cabe destacar que el estudio fue realizado en una muestra no probabilística comprendida por 30 usuarios de los gimnasios Body Fit Training Center y Preta Fitness BJJ, lo que indica que los resultados obtenidos no son generalizables, por lo que solamente explican el comportamiento de las variables en los participantes, siendo esto considerado una limitación del estudio.

En este orden de ideas, se evidencia con respecto al tipo de relación existente entre las dimensiones Dieta y Preocupación por la Comida y Obsesiones, que los adultos jóvenes, usuarios de los gimnasios pertenecientes a la muestra, podrían poseer un aparato cognitivo cuyos esquemas, supuestos y cogniciones presenten predisposición ante la forma de consumir los alimentos, los cuales requerirían de una estructura específica donde se cuantifiquen o puedan controlarse de acuerdo a un régimen alimenticio establecido. En este sentido, es probable que la forma en la que estos individuos conceptualizan los alimentos, se mantenga de modo persistente aun cuando estos intenten interrumpirlo, por lo que se pueden generar afectos displacenteros como el miedo o la preocupación excesiva por seguir un ritual rígido de preparación e ingesta de los alimentos.

Referencias

- Aignerren, M. (2008). "Técnicas de medición por medio de escalas. La Sociología En Sus Escenarios", (18), 1-25.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552>
- APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arias, F. G. (2016). "El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica". (7.ª ed.). Caracas: Episteme.
- Belloch, A. Reina, N. García-Soriano, G. y Clark, D. (2009). "Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión: validación para su uso en población española". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14(2), 95-105.
- Boticario, M. (2016). "Actividad cognitiva y trastorno obsesivo compulsivo". [tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Castro, J. Toro, J. Salamero, M. y Guimera, E. (1991). "The Eating Attitude Test: Validation of the Spanish versión" [El Test de Actitudes Alimentarias: Validación de la versión española]. Psychological Assessment, 7(2), 175-190.
- Fernández, R. (2014). "Actitudes y comportamiento social". [tesis de pregrado, Universitat Jaume I]. Repositori Universitat Jaume I.
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/106155/TFG_2014_FERNANDEZ%20GARCIA.pdf?sequence
- Galeano, D. y Krauch, C. (2010). "Actitudes alimentarias y satisfacción con la imagen corporal en mujeres universitarias". Eureka, 7(1), 11-38.
<https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-7-1-10-8.pdf>
- Jáuregui-Lobera, I. (2016). "Conocimientos, actitudes y conductas: hábitos alimentarios en un grupo de estudiantes de nutrición". Journal of Negative & No Positive Results. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=582584>
- Lameiras, M. Calado, M. Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). "Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios". International Journal of Clinical and Health Psychology, 3(1), 23-33.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33730102.pdf>
- Lima, V. (2014). "Habilidades psicológicas que influyen en el rendimiento deportivo". [tesis de pregrado, Universidad de la República].
- Palella, S. y Martins, F. (2012). "Metodología de la Investigación Cuantitativa". FEDUPEL.
- Ramos, O. (2020). "Balance afectivo y ansiedad en personas que presentan obesidad". [tesis de pregrado, Universidad Arturo Michelena].
- Roncero, M. Perpiñá, C. y Belloch, A. (2010). "Obsesividad e intrusiones alimentarias en pacientes con Trastornos alimentarios y en la población general". Revista de psicopatología y psicología clínica, 15(2), 01-113.
- Robert, C. y Botella, C. (1990). "El trastorno obsesivo-compulsivo. Una revisión de las teorías explicativas". Análisis y Modificación de Conducta, 16(50), 549-584.
https://www.researchgate.net/publication/320451140_El_trastorno_obsesivo-compulsivo_Una_revision_de_las_teorias_explicativas
- Roncero, M. (2011). "Los trastornos de la conducta alimentaria y el espectro obsesivo-compulsivo: Intrusiones mentales, egodistonia y creencias". [tesis doctoral, Universitat de València]. CORE.
<https://core.ac.uk/download/pdf/71004953.pdf>
- San Mauro I. Garicano, E. González, M. Villacorta, P. Megias, A. Miralles, B. Figueroa, M. Andrés, N. Bonilla, M. Á. Arranz, P. Bernal, M. D. Ruiz, A. M. Moraleda, E. y de la Calle, L. (2014). "Hábitos alimentarios y psicológicos en

- personas que realizan ejercicio físico. *Nutrición Hospitalaria*”, 30(6), 1324-1332. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7838>.
- Silva, E. (2017). “*Relación entre perfeccionismo, actividad física y otras variables psicológicas en varones universitarios*”. [Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680172/silva_poti_esterluisa_tfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Stapleton, P. McIntyre, T. Bannatyne, A. (2014). Body Image Avoidance, Body Dissatisfaction, and Eating Pathology: Is There a Difference Between Male Gym Users and Non-Gym Users? [Evitación de la imagen corporal, insatisfacción corporal y patología alimentaria: ¿Existe una diferencia entre los usuarios masculinos de los gimnasios y los que no lo son?]. *American Journal of Men's Health*, 10(2), 1-10
- Schapiro, A. (2006). “*Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de conducta alimentaria*”. *Revista Costarricense de Psicología*, 25(38), 47-54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748703003>
- Unikel, C. Díaz, C. y Rivera, J. (2017). “*Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*”. (1.^a ed.). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Zerpa, C. y Ramírez, A. (2020). “*Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes de Caracas*”. 2012 vs. 2018. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 19 (2), 9-18. <https://doi.org/10.29105/respyn19.2-2>

Fecha de recepción: 03/09/2022

Fecha de revisión: 02/05/2023

Fecha de aceptación: 15/06/2023