

ISSN: 2605-5295

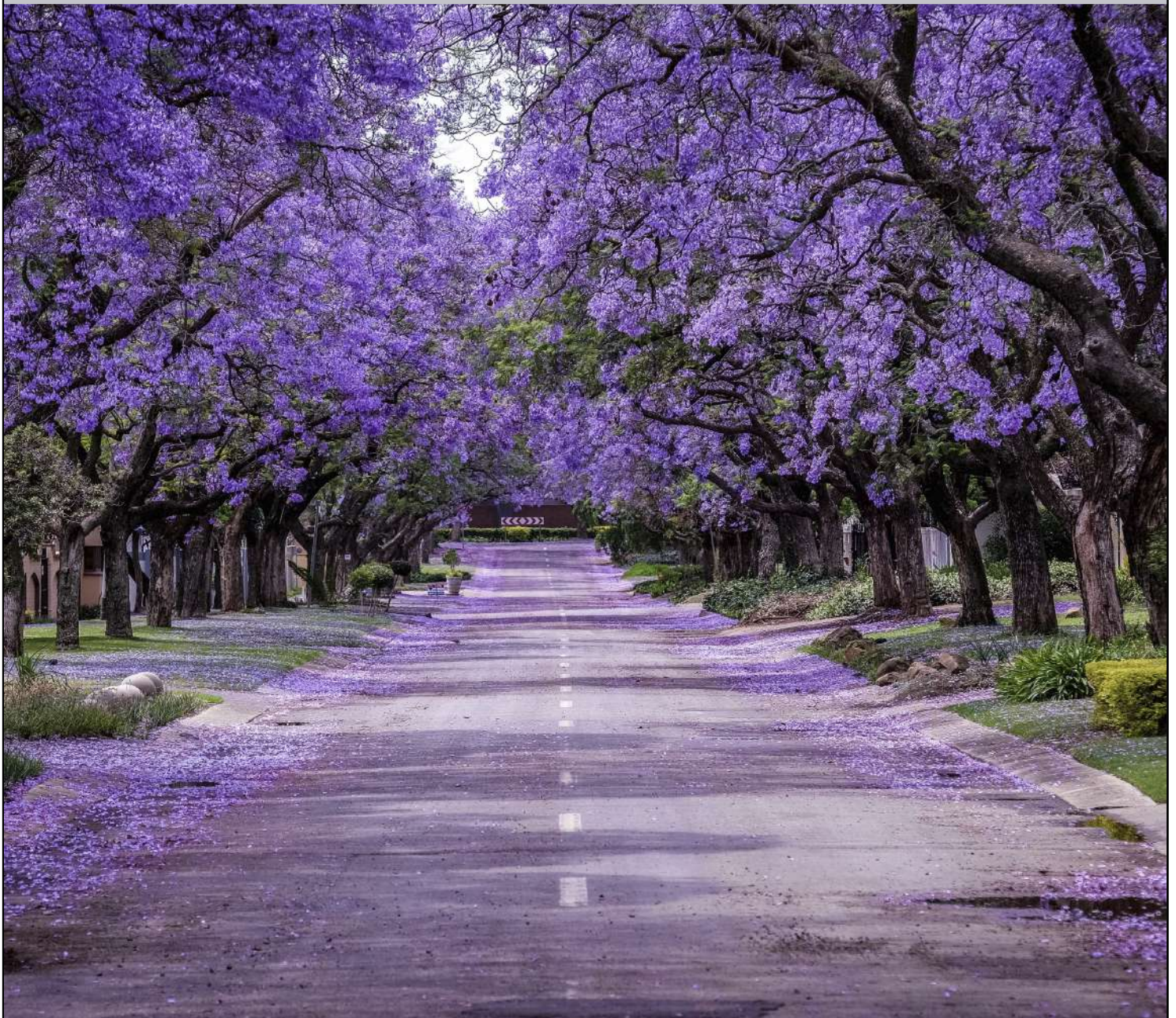
MLS PSYCHOLOGY RESEARCH



PSYCHOLOGY
RESEARCH

Enero - Junio, 2021

VOL. 4 NUM. 1



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

EQUIPO EDITORIAL / EDITORIAL TEAM / EQUIPA EDITORIAL

Editor Jefe / Editor in chief / Editor Chefe

Juan Luis Martín Ayala. Universidad Europea del Atlántico, España.

Secretaria / General Secretary / Secretário Geral

Beatriz Berríos Aguayo. Universidad de Jaén, España.

Cristina Arazola Ruano. Universidad de Jaén, España.

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

Patrocinadores:

Funiber - Fundación Universitaria Iberoamericana

Universidad internacional Iberoamericana. Campeche (México)

Universidad Europea del Atlántico. Santander (España)

Universidad Internacional Iberoamericana. Puerto Rico (EE. UU)

Universidade Internacional do Cuanza. Cuito (Angola)

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^{re} 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

Colaboran:

Centro de Investigación en Tecnología Industrial de Cantabria (CITICAN)

Grupo de Investigación IDEO (HUM 660) - Universidad de Jaén

Centro de Innovación y Transferencia Tecnológica de Campeche (CITTECAM) – México.

SUMARIO / SUMMARY / RESUMO

- Editorial 6

- Estrés percibido en adultos mayores mediante el uso de robots sociales durante Covid-19 7
Perceived stress in older adults through the use of social robots during COVID-19
Verónica Corral Barrio. Universidad Europea del Atlántico (España).

- Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática..... 23
Impact of stigma on the quality of life of adults with HIV/AIDS: A systematic review
Carolina Lombó Fragueiro. Universidad Europea del Atlántico (España).

- Creciendo en la adversidad: la resiliencia del estudiantado con discapacidad en la Universidad Nacional, Costa Rica..... 39
Growing up in adversity: the resilience of students with disabilities at the National University, Costa Rica
Angélica del Socorro Fontana Hernández, Juan Luis Martín Ayala. Universidad Internacional Iberoamericana (México) / Universidad Europea del Atlántico (España).

- Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática 59
Drug dependence and emotional dysregulation: a systematic review
Javier Sánchez Alonso. Universidad Europea del Atlántico (Spain).

- Acoso psicológico laboral (Mobbing) y su impacto en el clima y desempeño laboral en maestros del sistema público de enseñanza del área sur de Puerto Rico 79
Psychological harassment at work (Mobbing) and its impact on the climate and work performance in teachers of the public system teaching of the southern area of Puerto Rico
Julissa Morales Franceschi, Juan Luis Martín Ayala, Alberto Amutio Careaga, 9992 Iliá C. Rosario Nieves. Universidad Internacional Iberoamericana (México) / Universidad Europea del Atlántico (España) / Universidad del País Vasco (España) / Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (Puerto Rico)

- Estudio correlacional: evitación experiencial, insomnio y rumiación en adolescentes..... 99
Correlational study: experiential avoidance, insomnia and rumination in adolescents
Virginia Ortega Alcaraz. Universidad Europea del Atlántico (España).

Editorial

En el presente número de la revista *Psychology Research* tratamos una serie de artículos de actualidad científica que comenzamos con la percepción de estrés en adultos mayores y el uso terapéutico de robots sociales en la época de pandemia por COVID-19.

En este artículo, y como consecuencia de las limitaciones sociales generadas en la población anciana con motivo de la pandemia, se ha observado un aumento de la sintomatología ansioso-depresiva en este colectivo. Este trabajo evalúa el efecto de las sesiones de relajación incluyendo la herramienta de un robot social como complemento a la relajación tradicional. Los resultados indican que el robot social como herramienta terapéutica puede tener un papel relevante en el tratamiento de la salud mental de las personas mayores.

La siguiente contribución pretende explorar si existe un agravamiento de las consecuencias del VIH tras la percepción de estigma. Para ello, se realizó una revisión sistemática con una muestra total de más de 18000 participantes, en las que el estigma se analiza a través de administración de pruebas y de la evaluación de la calidad de vida. Los resultados de estas investigaciones arrojan interesantes datos, ya que se encontraron repercusiones psicológicas, laborales y económicas, físicas, así como sexuales. La mayoría de los resultados parecen indicar que el estigma genera repercusiones que afectan, sobre todo, a la salud mental y a la red social de esta población, lo que refleja la necesidad de fomentar el apoyo y el tratamiento psicológico.

Desde otro punto de vista, se presenta un trabajo que explora la relación que se establece entre la resiliencia, la discapacidad y la educación superior. El objetivo de este estudio ha sido caracterizar la resiliencia del estudiantado con discapacidad que le permite enfrentar las barreras en la educación superior con el fin de establecer los factores clave para el diseño de estrategias de acompañamiento resiliente. En la investigación se observa que los estudiantes con discapacidad presentan un estado resiliente durante su formación universitaria ante la presencia de las barreras estructurales que obstaculizan su desarrollo personal, académico y social. A partir de los resultados se justifica la actualización del personal docente y los servicios de apoyo sobre los modelos de promoción de la resiliencia y la implementación de una ruta de acompañamiento resiliente.

Por otro lado, en el siguiente artículo se analiza la relación entre drogodependencia y desregulación emocional aportando dos modelos explicativos de la regulación emocional: el modelo procesual de regulación emocional y el modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional. Asimismo, se explica la relación de esta habilidad con la población consumidora y el estado actual de consumo en España. El objetivo de la investigación es estudiar la información científica más reciente, evaluar la utilidad de la regulación emocional tanto para la prevención como para la intervención en personas drogodependientes y, de manera más específica, identificar y analizar la relación existente, las técnicas evaluativas y la muestra empleada. Asimismo, se distinguen y describen una serie de instrumentos empleados para la evaluación de la regulación emocional.

Desde un punto de vista distinto, en el siguiente estudio se explora el acoso laboral y su impacto en el clima laboral y en el rendimiento de profesorado. La investigación se dirige a encontrar factores motivacionales y ambientales que potencian conductas de acoso hacia el maestro en dos municipios del área sur de Puerto Rico. Se explora desde la perspectiva del maestro cómo el Departamento de Educación de Puerto Rico maneja las situaciones de acoso laboral y cómo afecta el rendimiento laboral del maestro en estos municipios en los casos donde existe mobbing. El estudio concluye con una serie de recomendaciones dirigidas al sector escolar y su entorno.

En la última aportación de este número se realiza un estudio correlacional que analiza la relación de la evitación experiencial el insomnio y la rumiación en una población de adolescentes. La investigación incide en que las personas con dificultades en la regulación emocional asumen la evitación como patrón de resolución de conflictos, por lo que experimentan muchas emociones negativas que llevan a la rumiación. Por ello, los esfuerzos por suprimir la excitación que sienten los conduce al insomnio y la baja calidad del sueño.

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

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

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

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Corral Barrio, V. (2021). Estrés percibido en adultos mayores mediante el uso de robots sociales durante COVID-19. *MLS Psychology Research* 4 (1), 7-22. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.598.

ESTRÉS PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES MEDIANTE EL USO DE ROBOTS SOCIALES DURANTE COVID-19

Verónica Corral Barrio

Universidad Europea del Atlántico (España)

veronica.corral@alumnos.uneatlantico.es

Resumen. En 2019 se inició una pandemia debido al Coronavirus o Covid-19. Las consecuencias de las limitaciones sociales impuestas en los ancianos con la ausencia total o parcial del contacto físico han provocado una disminución de la salud mental debido al aumento del estrés percibido llegando a desembocar en un aumento de la sintomatología depresiva o ansiosa. Esta investigación consta de 22 personas entre 70 y 90 años con deterioro cognitivo leve o moderado distribuidos al azar en G.E. y G. C. Se llevan a cabo 15 sesiones de relajación con la herramienta de un robot social en G.E. y solamente relajación en el G.C. La evaluación se realiza con una medición a través del Cuestionario de Estrés Percibido antes y después del proceso, además de una medición de la frecuencia cardíaca antes y después de la última sesión. Los resultados muestran una disminución significativa en el estrés percibido en el G.E. mientras que no es significativa en el G.C. En ambos grupos disminuye significativamente la frecuencia cardíaca. Por lo tanto, el robot social como herramienta terapéutica puede tener un papel relevante en el tratamiento de la salud mental de las personas mayores.

Palabras clave: Covid-19, geriatría, estrés percibido, robot social, deterioro cognitivo.

PERCEIVED STRESS IN OLDER ADULTS THROUGH THE USE OF SOCIAL ROBOTS DURING COVID-19

Abstract. In 2019, the Coronavirus or Covid-19 pandemic started. The consequences of the social limitations that were imposed on the elderly, with the total or partial absence of physical contact, have caused a decrease in their mental health due to the increase in perceived stress, leading to an increase in depressive or anxious symptoms. This research consists of 22 people between 70 and 90 years of age with mild or moderate cognitive impairment randomized in G.E. and G. C. 15 relaxation sessions are carried out with the tool of a social robot in G.E. and only relaxation in the G.C. The evaluation is carried out with a measurement through the Perceived Stress Scale before and after the process, in addition to a measurement of the heart rate before and after the last session. The results show a significant decrease in perceived stress in the G.E. while it is not significant in the G.C. In both groups, the heart rate decreased significantly. Therefore, the social robot as a therapeutic tool can play a relevant role in the treatment of the mental health of the elderly.

Keywords: Covid-19, geriatric, perceived stress, social robot, cognitive impairment.

Introducción

En diciembre de 2019 se inició un brote epidémico de origen viral en la ciudad China de Wuhan, lo que posteriormente se extendió convirtiéndose en una pandemia a nivel mundial y cuya denominación taxonómica oficial fue Coronavirus (Cov) tipo 2 asociado al síndrome respiratorio agudo grave (SARS) siendo la enfermedad consecuente denominada Covid-19. Algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes sobre todo en el ámbito geriátrico son fiebre, disnea, tos seca y síndrome respiratorio agudo, llegando en algunos casos a mostrar complicaciones neurológicas. No se deben olvidar las consecuencias a largo plazo que este virus provoca, como aumento de posibilidades de desarrollar síndrome postraumático, depresión y ansiedad (Gouseff et al., 2020).

Actualmente las personas pertenecientes al ámbito de la tercera edad se engloban en lo que se denomina “grupo de riesgo” debido a que la incidencia del Covid-19 es especialmente grave para su salud física y mental (Carod-Artal, 2020). Según Niu et al. (2020) la letalidad del Covid-19 en personas mayores de 80 años fue del 18,8% y la comorbilidad más común fue hacia enfermedades como la hipertensión (48,8%), cardiopatía coronaria (16,1%), EPOC (29,9%), diabetes mellitus (9,7%) y por último la enfermedad cerebrovascular con un 6,5%, concluyendo que se debe prestar mucha atención a los pacientes mayores diagnosticados por Covid-19 debido a la alta tasa de mortalidad que presentan en especial las personas que presentan estas comorbilidades.

En estos momentos se está viviendo una época inusual debido al virus al que se ha hecho alusión anteriormente, lo que hace que las normas y conductas sociales se vean afectadas por el riesgo que supone hacia a la población general, más aún si hablamos de colectivos de especial riesgo como son las personas mayores, quienes sufren unas normas sociales mucho más estrictas en el distanciamiento físico. El objetivo principal a la hora de instaurar esta práctica ha sido evitar una cadena de contagios, en el caso de que una de las personas estuviese infectada, esta práctica se ha denominado en la mayoría de los casos “distanciamiento social”, puesto que en países de todo el mundo ha derivado en cambios en los patrones de comportamiento y en el funcionamiento habitual del día a día (Galea et al., 2020). Varios estudios como Wang et al. (2020), Roy et al. (2020) y Burdoff et al. (2020) han analizado las consecuencias de estas circunstancias en la población de los adultos mayores constatando un aumento de problemas que afectan a su salud mental como son conductas disruptivas de comportamiento, sintomatología propia de ansiedad, aumento de estrés diario, llegando incluso a manifestar claros problemas para dormir, estos análisis también han llegado a la conclusión de que se ha incrementado la tasa de mortalidad, lo que supone un gran problema para este sector de la población.

Así mismo, otros estudios también apuntan a un descenso en la salud mental de la población geriátrica durante la pandemia, al igual que la población general, mostraron elevados índices de miedo y ansiedad, no obstante se observó que las personas que padecían previamente un diagnóstico patológico en depresión o ansiedad se sintieron más estresados y deprimidos, y aquellas personas con deterioro cognitivo mostraron un mayor número de trastornos de conducta de tipo desafiante (Wang et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020).

En nuestro país se ha constatado a través del análisis realizado por González-Sanguino et al. (2020) que el 18,7% de la población reveló un posible diagnóstico de depresión, existiendo una probabilidad de que al 21,6% se le diagnostique en un futuro próximo alguna patología relacionada con la ansiedad (Kang et al., 2020).

En cuanto a las variables asociadas con el impacto psicológico se ha llegado a la conclusión de que la soledad se incluye como factor de riesgo predisponente para un mayor impacto psicológico negativo pudiendo desencadenar síntomas compatibles con el diagnóstico de depresión, ansiedad y trastorno de estrés post traumático. Algo reseñable debido a que el

mayor rango de población que vive sola se sitúa por encima de los 80 años (Gallo Estrada & Molina Mula, 2015).

Las personas mayores son especialmente susceptibles al aislamiento social y cambios en su rutina diaria, lo que tiene efecto negativo directo en la estabilidad necesaria para que puedan sentirse vitales o esperanzados. Por lo tanto, varios estudios señalan que los adultos mayores que presentan sintomatología depresiva o ansiosa, ya sea solapada o explícita, pueden sufrir un empeoramiento agudo por esta pandemia al subir su nivel de estrés si no se encuentran en compañía de vecinos, amistades o familiares (Moutier, 2020; Scholten et al., 2020).

Debido al aumento de patología en la salud mental se llevaron a cabo algunas intervenciones para paliar los altos índices de sintomatología ansiosa y/o depresiva, como por ejemplo el desarrollo de guías de autoayuda psicosocial que se distribuyeron de forma gratuita tanto a los ancianos como a sus cuidadores, asesoramiento psicológico a través de líneas telefónicas, empleo de primeros auxilios psicológicos proporcionados por los cuidadores con apoyo on-line de un profesional de la psicología, puesta en marcha de programas de inteligencia artificial útiles a la hora de identificar personas con riesgo de suicidio, envío de cuestionarios con preguntas estructuradas con la función de realizar una consulta o diagnóstico entre otras (Galea, 2020).

No obstante, estas programaciones tienen varias deficiencias como por ejemplo la carencia de datos de historial médico, datos en el área de la psicometría, lenguaje no verbal, respuesta inmediata asociada al contexto, entre otras, por lo que se concluye que la efectividad de este tipo de procedimiento no tiene el mismo resultado que intervenciones presenciales (Huarcaya, 2020).

Recientemente se están introduciendo grandes avances tecnológicos en el campo de la psicología los cuales permiten al paciente, entre otras muchas ventajas, una mayor inmersión en la terapia o intervención que se esté llevando a cabo. El entrenamiento en computación tiene la ventaja de permitir una terapia individualizada, pudiendo realizar un ajuste del tratamiento a las necesidades del paciente (Cipriani et al., 2006).

Incluso se ha llegado a la conclusión de que los adultos mayores utilizan la tecnología con el propósito de prevenir los sentimientos de soledad lo que puede dar lugar a una mejor salud física, mayor bienestar subjetivo, reducción de sentimientos depresivos y una reducción de la mortalidad (Chopik, 2016).

La intervención basada en la tecnología para terapias con robots esta sido analizada en obteniendo resultados altamente positivos, con efectos como aumento de la motivación, mejora del estado de ánimo y reducción de estrés entre otras (Hayashi y Kato, 2016; Wada et al., 2010; McGlynn et al., 2014; Heerink et al., 2010).

Estas intervenciones se centran en imitar un modelo de terapia basado en la intervención con animales con el objetivo de realizar una estimulación a través de los sentidos, incidiendo en las distintas áreas cognitivas como pueden ser la memoria, atención, reminiscencia, movimientos motores y comportamientos sociales entre otras. Los beneficios de este tipo de intervenciones están ampliamente aceptados, no obstante, no dejan de ser contraindicados en ciertas situaciones como personas alérgicas, fobias animales, lugares donde se prohíbe su entrada etc. (Zisselman et al., 1996; Williams y Henkins 2008; Laun, 2003).

Actualmente la tecnología está cambiando el mundo, forma parte de nuestro entorno más cercano agilizando, optimizando y perfeccionando muchas de las labores de nuestro día a día. Es un hecho que también se está comenzando a emplear en las labores sociales mediante diversos formatos, algunos de ellos tan elaborados como los robots sociales. Estos robots se emplean actualmente para llevar a cabo sesiones con objetivos muy variados como pueden ser: reducir el estrés, fomentar la empatía, sociabilidad, comunicación oral y gestual, y terapia en demencias avanzadas entre muchas otras, llegando incluso a mejorar la interacción con las personas cercanas y aumentando la sensación de bienestar (Heerink et al., 2010).

No se debe olvidar la rehabilitación en el área motora que estos robots llevan a cabo siendo la terapia asistida por robots igual o superior a la terapia de fisioterapia convencional, haciendo especial hincapié en las extremidades superiores (Hyuk & Kim, 2013).

Los robots terapéuticos están diseñados para facilitar una mayor interacción con el usuario a través de los diferentes sensores que poseen, así como el termorregulador que mantiene una temperatura agradable. Están diseñados con formas zoomorfas que proporcionan sensaciones táctiles, conductas autónomas y las respuestas que emiten dichos animales. Están diseñados de forma que cualquiera los pueda manejar sin necesidad de conocimientos especializados, su función consiste en producir sensaciones como placer o relajación actuando de forma independiente con distintos propósitos y motivos, estas acciones pueden ser interpretadas como si los robots tuviesen sentimientos (Shibata, 2010).

Otras veces los robots zoomórficos satisfacen necesidades afectivas (acariciar y mimar) y sustituyen a una mascota real a la que el anciano no podría cuidar. A través del uso de robots sociales se pretende paliar esa sensación de estrés o ansiedad con ausencia de riesgo por contacto entre personas, de manera que realizando una intervención con un “peluche robotizado” al que pueden acariciar, abrazar, hablar... y este responde a cada una de estas acciones de forma diferenciada se pretende paliar esa sensación de ausencia de contacto social, lo que repercutirá a su vez en un aumento de la calidad de vida (McGlynn et al., 2014).

Entre sus ventajas cuenta con que son recomendados para las personas alérgicas, son totalmente adecuados para aquellas personas que sienten temor ante las reacciones instintivas de mascotas, que pueden arañar o morder, no propagan posibles enfermedades y pueden estar en residencias de mayores y clínicas, no necesitan mantener una responsabilidad continua como si fuese un animal vivo y pueden ser apagados y reservados a la espera de la próxima intervención.

Como se ha explicado anteriormente, los efectos psicológicos producidos por la Covid-19 en el ámbito de la tercera edad han provocado un aumento de la ansiedad y el estrés de forma generalizada, lo que llega a ser un indicador preocupante sobre todo porque las intervenciones llevadas a cabo no son compatibles con una interacción social cercana como se ha realizado hasta ahora.

En este rango de edad de la población se han extremado las precauciones para no poner en peligro su salud física instaurando una ausencia total de contacto físico como pueden ser los besos y abrazos lo que incrementa estos indicadores de estrés. Debido a todas estas particularidades del momento, se deben sopesar nuevos tipos de intervención como puede ser la utilización de un robot social con el cual se llevan a cabo terapias donde la persona puede interactuar con el robot (acariciar, besar, abrazar...) y este reacciona de forma inmediata y positiva, lo que disminuye los indicadores explicados anteriormente.

La dificultad de establecer el contacto físico derivado de las normas sociales impuestas en estos momentos a raíz de la posible infección por Covid-19 establece el objetivo principal planteado en este estudio que se cierne sobre la necesidad de evaluar la efectividad de una intervención sobre el estrés percibido en adultos mayores con deterioro cognitivo leve o moderado durante la epidemia de Covid-19 utilizando como herramienta un robot social. Por lo tanto, la hipótesis principal de este estudio se centra en la premisa de que llevar a cabo una intervención con un robot social disminuye el estrés percibido.

Método

La muestra definitiva ha constado de 22 participantes, cuyas edades están comprendidas entre los 70 y los 90 años. La distribución se ha realizado de la siguiente manera: de los 22 sujetos, el 11 de ellos son varones y 11 son mujeres, es decir, la muestra se ha formado por un 50% de mujeres y un 50% de varones. El estado civil de esta muestra refleja 1 persona soltera,

3 casadas y 18 en estado de viudedad. En cuanto a la selección para formar el grupo experimental (G.E.) y el grupo control (G.C) se ha realizado mediante el azar, adjudicando aleatoriamente 11 personas al G.C. y los 11 restantes al G.E.

En cuanto a las características personales que describen el deterioro cognitivo, todos ellos han sido seleccionados de acuerdo con un previo diagnóstico sanitario prescrito por un profesional sobre el área de demencia, además de diagnóstico clínico sobre depresión y ansiedad, por lo que se han incluido en la muestra aquellas personas que se encontraban en los rangos calificados como demencia leve o moderada y ausencia de diagnóstico de depresión o ansiedad. Tabla 1.

Tabla 1

Características sociodemográficas del grupo experimental y control

Variable	Grupo experimental	Grupo control	U
Edad	82,7	85,8	22
Sexo			22
	Mujeres	6	7
	Hombres	5	4
Deterioro cognitivo			22
	Leve	2	3
	Moderado	9	8
Domicilio			22
	Individual	1	0
	Compartido	10	11
Estado civil			22
	Soltero	1	0
	Casado	2	1
	Viudo	8	10

El G.E. recibió un total de 15 sesiones de relajación utilizando la herramienta del robot social, por el contrario, el G.C. recibió 15 sesiones de relajación con la ausencia de la herramienta del robot social. Las sesiones se han realizado con ambos grupos de forma que la única diferencia ha sido la introducción del robot con el grupo experimental.

A la hora de realizar la investigación se ha tenido en cuenta, como criterio de inclusión:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo leve o moderado.
- Edades comprendidas entre los 70 y 90 años.
- Usuarios de un centro de día.
- Residencia en la ciudad de Santander

Por otra parte, los criterios de exclusión se han basado en los siguientes aspectos:

- Deterioro cognitivo grave.
- Ausencia de deterioro cognitivo.
- Presencia de diagnóstico clínico en depresión.
- Presencia de diagnóstico clínico en ansiedad.
- Nivel mínimo de atención sostenida.

Las variables estudiadas se basan en los aspectos de estrés percibido, activación y relajación con la herramienta de robot social. El estrés percibido se conoce como un proceso que tiene el objetivo de facilitar la adaptación a posibles cambios en el entorno, aunque también puede tener el valor opuesto si se prolonga en el tiempo. Una de las visiones del estrés más aceptadas en la actualidad es la de Lazarus y Folkman (1984), quienes lo definen como una relación entre el individuo y el entorno, el cual es evaluado por la persona como amenazante o fuera de su control y que por lo tanto pone en peligro su bienestar. Está relacionado de forma directa con la variable de activación y de forma inversa con la relajación.

El estrés percibido ha sido incluido como variable dependiente, así como la activación, por el contrario, la variable independiente han sido las sesiones de relajación junto al robot social como instrumento principal de forma que la variable controlada ha sido la exposición del usuario a varias sesiones programadas durante un plazo determinado con la utilización o ausencia de un robot social como herramienta terapéutica.

Instrumentos

En cuanto a los instrumentos necesarios para llevar a cabo la recopilación de la información se han utilizado los siguientes:

El Cuestionario de estrés percibido (Perceived Stress Scale, PSS) es una escala propuesta por Levenstein et al (1993) que permite evaluar el estrés como el grado en que una situación puede ser valorada como impredecible añadiendo una total o parcial ausencia de control sobre ella, lo que en ocasiones impacta sobre la salud mental sobrepasando los recursos de afrontamiento y generando un desequilibrio en el funcionamiento normal de los procesos psicológicos de las personas. Este cuestionario cuenta con varias versiones entre las que destacan dos, una versión original compuesta por 14 ítems (PSS-14) y otra versión más reducida compuesta solamente por 10 ítems (PSS-10).

La versión utilizada en este proyecto ha sido la original (PSS-14) traducida al español por Sanz-Carrillo et al (2001). Los 14 ítems de esta escala se distribuyen en una escala tipo Likert de 4 puntos donde 0 significa nunca y 4 significa muy frecuentemente. Los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 se refieren a estrés percibido y responden a una puntuación directa que indica que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de estrés percibido, mientras que los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 poseen una puntuación inversa, es decir, la puntuación de estos últimos ítems se invierte para realizar el cómputo total. La puntuación total es directa, de forma que indica que a mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

La consistencia interna de esta prueba la escala parece contar con evidencia a su favor debido a que los estudios reportan un nivel del coeficiente alfa de Cronbach que ofrece valores de 0.9 para la escala total. La fiabilidad de la prueba repetida (0,80) también fueron satisfactorios y similares al estudio original (San-Carrillo et al 2001).

Por otra parte, se ha recogido la medida de la frecuencia cardiaca a través de un dispositivo especial que realiza la medición del número de pulsaciones por minuto.

El instrumento utilizado para realizar la intervención se cataloga como un robot social, la robótica social o de servicio tiene la finalidad de crear un dispositivo que aumente el bienestar mental y/o emocional de las personas aportando a su vez una mejora en la calidad de vida. (Aceros Guardón, 2018). El robot social que se utiliza en este proyecto está diseñado con un peso de 3 kg y una longitud de 45 cm, se comporta como una mascota domestica respondiendo al tacto, el sonido y el movimiento. La programación permite un aprendizaje automático para personalizar las necesidades y preferencias sociales de las personas que interactúen con él. Este robot tiene forma física de animal, concretamente un oso pardo. Está recubierto con una suave tela que hace agradable la sensación al tacto de manera que la respuesta afectiva del usuario tenga más probabilidad de ser positiva hacia el robot. Por otra parte, los movimientos que emite el robot son previamente programados y propios del animal que pretende emular, sin embargo, también incluye movimientos más propios de las personas como pueden ser los abrazos, las caricias y los movimientos faciales de expresiones como felicidad y disgusto.

Procedimiento

El desarrollo de la intervención se ha llevado a cabo en un contexto natural y conocido para todos los participantes, aislado de las demás estancias del centro donde se ha creado un clima cercano y propicio para realizar las sesiones de relajación, mediante una luz tenue y cálida, sin ruidos ni interrupciones y un lugar cómodo donde realizar la sesión. Cabe señalar que la intervención se ha llevado a cabo de forma individualizada.

Se han realizado 3 sesiones por semana durante un mes, estas sesiones han tenido una duración aproximada de 30 minutos. El procedimiento de asignación a los grupos ha sido mediante el método al azar, de manera que hubiese el mismo número de personas en un grupo y en el otro.

En un primer momento se ha evaluado a todos los participantes a través del “Cuestionario de Estrés Percibido” de forma individual y adaptando el lenguaje en los momentos de dificultad.

Posteriormente, se han realizado las sesiones del G.E.:

- Presentación del robot al usuario donde se describen las características físicas y se le aporta un nombre de manera que el usuario pueda familiarizarse con él.
- Tras un espacio de tiempo donde el usuario interactúa acariciando y hablando al robot se le explica que se va a llevar a cabo una sesión de relajación guiada por voz, donde debe cerrar los ojos e imaginar lo que escucha.
- Se realiza la sesión de relajación en imaginación guiada por voz.

En cuanto a las sesiones del G.C. se han llevado a cabo de forma idéntica al G.E. salvo con la eliminación de los puntos 1 y 2, por lo tanto, el G.C. ha obtenido sesiones de relajación con ausencia de la herramienta del robot social.

Antes de comenzar y después de finalizar la última sesión se realiza una medición a cada participante a través de un dispositivo especializado para determinar la frecuencia cardiaca. Por último, se realiza una segunda evaluación a través del “Cuestionario de estrés percibido” de forma individual a todos los participantes del estudio.

Resultados

Tanto para conocer la existencia de diferencias en el nivel de estrés antes y después de cada sesión como el nivel de estrés percibido antes y después de la aplicación del conjunto de

sesiones, se han sometido los datos obtenidos a un estadístico descriptivo de comparación de medias a través de un Anova de medidas repetidas. El tratamiento de los datos se ha efectuado tomando un nivel de confianza del 95% y, por consiguiente, un margen de error del 5% (valor de $p < 0.005$). Se ha realizado un análisis entre la variable de estrés percibido (V.D.) y la variable relajación con robot social (V.I.) en el G.E. y en el G.C., con la finalidad de estudiar si existe correlación entre dichas variables, utilizando para ello el estadístico Anova de un factor para medidas repetidas.

Se encontró que el grupo experimental ha tenido un resultado significativo a través de las técnicas estadísticas implementas, es decir, el estrés percibido se ve afectado por la relajación con robot social, $F(1,10)=27,158, p < 0,005, \eta^2_p = 0,731$. Por el contrario, se encontró que el grupo control no ha tenido un resultado significativo a través de las técnicas estadísticas implementas, es decir, el estrés percibido no se ve afectado por la relajación sin robot social, $F(1,10)=1.105, p > 0,005, \eta^2_p = 0,1$. Tabla 2.

Tabla 2

Comparación del estrés percibido pre y post de G.E. y G.C. mediante Anova de medidas repetidas

Variable	Grupo Experimental					
	Pre		Post		F	p
	Media	DT	Media	DT		
Estrés Percibido	3.77	0,69	2.65	0,64	27.158	0.01

Variable	Grupo Control					
	Pre		Post		F	p
	Media	DT	Media	DT		
Estrés Percibido	2.65	0.64	3.85	0.68	1.105	0.318

Por otra parte, se ha realizado una comparativa entre la variable de activación y las sesiones de relajación con robot social en el G.E. y el G.C. Se encontró que el grupo experimental ha tenido un resultado significativo a través de las técnicas estadísticas implementas, es decir, la activación se ve afectada por la relajación con robot social, $F(1,10)=13.042, p < 0,005, \eta^2_p = 0,204, 045$. De igual forma se encontró que el grupo control ha tenido un resultado significativo a través de las técnicas estadísticas implementas, es decir, la activación se ve afectada por la relajación sin robot social, $F(1,10)=23,58, p < 0,005, \eta^2_p = 0,702$. Tabla 3.

Tabla 3

Comparación de la medida activación pre y post de G.E. y G.C. mediante Anova de medidas repetidas

Variable	Grupo Experimental				F	p
	Pre		Post			
	Media	DT	Media	DT		
Activación	84.55	7.802	78.45	6.105	13.042	0.005

Variable	Grupo Control				F	p
	Pre		Post			
	Media	DT	Media	DT		
Activación	78.36	6.31	72.45	5.52	23.58	0.001

Por último, se ha llevado a cabo un análisis entre ambos grupos a través del estadístico Anova de medidas repetidas con la finalidad de analizar el efecto de interacción con el tiempo en los dos tipos de terapias (con robot social y sin robot social). Se encontró que existe interacción entre las variables tiempo (pre y post) y tipo de terapia en el estrés percibido, $F(1,20)=55,71, p<0,005, \eta^2_p =14,714$. Por lo tanto, según la prueba de efecto de interacción parece que el efecto del tiempo sobre el estrés percibido depende del tipo de terapia.

También se ha llevado a cabo un análisis entre ambos grupos a través del mismo estadístico con la finalidad de analizar si el efecto de interacción en la activación es igual en los dos tipos de terapias (con robot social y sin robot social) donde se encontró que no existe interacción entre las variables tiempo (pre y post) y tipo de terapia en la activación, $F(1,20)=0,008, p>0,005, \eta^2_p =0,091$. Tabla 4.

Tabla 4

Comparación del efecto de interacción entre el tiempo (pre y post) y el tipo de terapia (con robot y sin robot) entre el G.E y el G.C.

Variable		η^2_p	p	F
Estrés	Tiempo x Terapia	14.714	0.000	55.71
Activación	Tiempo x Terapia	0.091	0.931	0.008

En conclusión, se ha detectado a través del análisis estadístico aplicado que existe una diferencia significativa en el nivel de estrés percibido cuando se utiliza la herramienta del robot social en las sesiones, sin embargo, esto no se hace evidente cuando el robot no es utilizado. En cuanto a la variable de activación se ha detectado una diferencia significativa entre las medidas obtenidas antes de comenzar la sesión y las obtenidas al finalizar la misma en ambos grupos (G.E. y G.C.).

Discusión y conclusiones

El presente estudio se describe con la intención principal de evaluar la efectividad de una intervención sobre el estrés percibido en adultos mayores con deterioro cognitivo leve o moderado durante la epidemia de Covid-19 utilizando como herramienta un robot social. Dicha intervención consta de varias sesiones compuestas por un ejercicio de relajación con el añadido de una herramienta especial como es un robot, el cual aporta cualidades agregadas relacionadas con la estimulación sensorial y emocional. Se parte de la hipótesis principal, llevar a cabo una intervención con un robot social disminuye el estrés percibido, y cuyos objetivos generales son: determinar la efectividad de una sesión de forma individual, analizar los resultados de estrés percibido antes y después de la intervención con robot y analizar los resultados de estrés percibido antes y después de la intervención sin robot.

En cuanto a los resultados arrojados en esta investigación, se ha encontrado un efecto significativo en los resultados de la Escala de Estrés Percibido en el G.E. es decir, se ha encontrado que el nivel de estrés percibido después de las sesiones de relajación con robot social es menor que antes de comenzar las mismas. Sin embargo, no se ha hallado una diferencia estadísticamente significativa en el G.C. por lo que el nivel de estrés percibido antes y después de las sesiones con ausencia de robot no es estadísticamente relevante.

Por lo que respecta a la medición de la frecuencia cardiaca existen diferencias significativas en el descenso de las pulsaciones en todos los participantes, es decir, tanto las sesiones con robot como las sesiones sin el mismo fueron útiles para reducir el estrés de forma momentánea. Por lo tanto, se puede discernir que las sesiones de relajación con y sin robot descienden el nivel de estrés fisiológico a corto plazo.

Estos resultados pueden sugerir que el efecto diferencial que aporta el uso del robot social como herramienta puede reducir el nivel de estrés percibido en los adultos mayores lo que repercute de manera directa en su salud mental y por lo tanto en su bienestar emocional y calidad de vida. El estado emocional de estas personas, que se encuentran en la última fase de su existencia, se convierte en uno de los objetivos más importantes para mantener la satisfacción con la vida (Ortiz y Castro, 2009).

Algunos autores como Lin y Ensel (1989) consideran que la salud mental en las personas mayores se basa en gran medida en el bienestar psicosocial, el cual se potencia aumentando los recursos personales y sociales de manera que se disponga de fuentes importantes de apoyo y afecto social. La sensación de soledad que pueden provocar las restricciones sociales y afectivas derivadas del Covid-19 pueden provocar un sentimiento de soledad en el anciano.

Son diversos los estudios que avalan la interacción a través de robots sociales con el objetivo de reducir el grado de estrés y el sentimiento de soledad, mejorar el estado de ánimo y aumentar el bienestar emocional, siendo la experiencia táctil del robot uno de los factores más influyentes, estos robots zoomórficos también satisfacen las necesidades afectivas como pueden ser acariciar, abrazar y besar, y también a través de otras conductas como pueden ser el dialogo, o incluso descarga de respuestas físicas o verbales agresivas. Los robots sociales están diseñados para responder de forma coherente con el estímulo proporcionado por lo que la persona que interactúa recibe una respuesta adecuada a cada situación, lo que facilita el descenso del nivel de estrés en cada usuario (Wada et al 2008, Robinson et al 2013, Rabbitt et al 2015).

Actualmente se estima que un gran porcentaje de los robots estudiados tienen forma de animal, aunque estos prototipos pueden incorporar funciones de vigilancia y seguridad, los robots sociales han sido pensados sobre todo como robots de estimulación a nivel físico y psicológico. Con este tipo de robots, se pretende aportar más que salud mental a las personas

mayores, se fija como objetivo alcanzar una mayor calidad de vida en todos sus aspectos reduciendo el aislamiento social y la sensación de soledad (Padilla-Góngora y Padilla-Clemente, 2008).

Por todo ello se considera primordial, tal y como mencionan Acaril et al. (2008), Shibata et al (2010) y Takayanagi (2014) la creación de programas dirigidos a implementar este proyecto en centros de atención a personas mayores como son los centros de día o los centros residenciales, también como estímulo para personas que, aunque no acudan a centros como los anteriores, sean propensas a la ausencia de contacto social por lo que la población más afectada serían aquellas personas que vivan solas. Dentro de la dinámica terapéutica del centro de día se puede integrar este diseño como intervención dentro del enfoque multidisciplinar, variando la intervención a nivel individual o grupal, sustituyendo las sesiones de relajación habituales o incluyendo la intervención como terapia completa individualizada.

Las limitaciones pueden encontrarse en este estudio basado en valorar la efectividad de un robot social como método o herramienta para reducir el nivel del estrés percibido en adultos mayores pueden ser:

Por un lado, la formulación de los objetivos de la investigación de manera que aumentando la especificidad de los objetivos se puede obtener una recopilación mayor de datos lo que podría aumentar la especificidad de las conclusiones, esto ha sido complicado puesto que los lapsos de tiempo para llevar a cabo el proyecto en el centro eran restringidos. Otra de las limitaciones más importantes se basa en el reducido tamaño de la muestra debido principalmente a las restricciones actuales que impiden contactar con un mayor número de personas. Por último, señalar la falta de estudios previos en el área de afecto físico en personas mayores durante la pandemia de Covid-19 puesto que es un tema reciente donde aún se están realizando diversas investigaciones.

La posibilidad de generalizar los resultados de este proyecto (validez externa) puede verse influido por elementos como el tamaño de la muestra, los factores orgánicos en los sesgos de selección debido a que se han seleccionado usuarios procedentes de un único centro de día, que viven en zonas geográficas muy próximas y que además la gran mayoría convive con otras personas en su día a día, también puede influir el llamado “fenómeno novedoso” donde la introducción de una herramienta no usual puede provocar una variación en la respuesta del participante cuyos efectos pueden estar ausentes a medida que la intervención progresa. Lo que abre camino a nuevas líneas de investigación de cara al futuro donde se puede analizar si esta terapia extendida en el tiempo mantiene la efectividad o esta se ve alterada, si la eficacia radica en las características propias de este robot concreto o puede generalizarse a robots con otro tipo de estructura como la humanoide, como también si la necesidad de contacto físico deriva de las restricciones actuales o también existe en condiciones diferentes como la soledad de las personas que viven solas.

Esta investigación presenta resultados favorables respecto al uso de robots como herramientas terapéuticas destinadas a la reducción del estrés percibido en adultos mayores, lo que abre un nuevo reto encaminado hacia el futuro, ampliando el horizonte en la psicogeriatría donde los robots formen parte de terapias estructuradas donde puedan fomentar actividades que promuevan una buena salud mental, para ello la investigación debe considerar las necesidades de los usuarios en este rango de edad y desarrollar robots que estos puedan gestionar sin que la brecha digital sea un obstáculo.

Referencias

- Aceros Gualdrón, J. (2018). Robots for the care of elderly people. Taxonomy of a promise. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 24, 43-60. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/138787/Robots_para_el_cuidado_de_personas_mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Albarrán Lozano, I., & Alonso González, P. (2009). La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. *Estudios de Economía*, 36(2), 127-163. <https://ideas.repec.org/a/udc/esteco/v36y2009i2p127-163.html>
- Aracil, R.; Balaguer, C. & Armada, M. (2008). Robots de servicio. *Revista Iberoamericana de Automática e Informática Industrial*, 5(2), 6-13. [https://doi.org/10.1016/S1697-7912\(08\)70140-7](https://doi.org/10.1016/S1697-7912(08)70140-7)
- Burdorff, A., Porru, F., & Rugulies, R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. *Scand J Work Environ Health*, 46(3), 229-230. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3893>
- Carod-Artal, J. (2020). Complicaciones neurológicas por coronavirus y Covid-19. *Revista de Neurología*, 70, 311-322. <https://doi.org/10.33588/rn.7009.2020179>
- Cava, M., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10(4), 215-221. https://www.researchgate.net/publication/255632096_Bienestar_psicosocial_en_ancianos_institucionalizados_y_no_institucionalizados
- Chhertri, J., Chan, P., Arai, H., Chul Park, S., Sriyani, P., Setiati, S., & Assantachai, P. (2020). Prevention of Covid-19 in older adults: a brief guidance from the international association for gerontology and geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Region. *Journal Nutri Health Aging*, 24(5), 471-472. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1359-7>
- Chopik, W. (2016). The Benefits of Social Technology Use Among Older Adults Are Mediated by Reduced Loneliness. *Cyberpsychology, Behavior, and social networking*, 0, 151. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0151>
- Cipriani, G., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2006). Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(3), 327-335. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.12.003>
- Galea, S. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
- Gallo-Estrada, J., & Molina-Mula, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*, 26(1), 3-9. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n1/original1.pdf>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M., Sáiz, 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219372/>
- Gouseff, M., Penot, P., Gallay, L., Batisse, D., Benech, N., Bouiller, K., & Bothelo, E. (2020). Clinical recurrences of COVID-19 symptoms after recovery: Viral relapse, reinfection or inflammatory rebound? *Journal of Infection*, 81(5), 816-846. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7326402/>

- Hayasi, R., & Kato, S. (2017). Psychological effects of physical embodiment in artificial pet therapy. *Artificial Life and Robotics*, 22, 58-63. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10015-016-0320-7>
- Heerink, M., Krose, B., Wielinga, B., & Evers, V. (2010). Assessing acceptance of assistive social agent technology by older adults: The Almere model. *International Journal of Social Robotics*, 2, 361-375. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12369-010-0068-5>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37(2), 327-334. <https://scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
- Hyuk, W., & Kim, Y. (2013). Robot-assisted Therapy in Stroke Rehabilitation. *Journal of Stroke*, 15(3), 174-181. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3859002/>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B., & Wang, Y. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129673/>
- Laun, L. (2003). Benefits of pet therapy in dementia. *Home Healthcare Nurse*, 21(1), 49-52. <https://doi.org/10.1097/00004045-200301000-00011>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal psychosomatic research*, 39(93), 19-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Lin, L., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399. <https://doi.org/10.2307/2095612>
- Loomis, J., & Blascovich, J. (1999). Immersive virtual environment technology as a basic research tool in psychology. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31(4), 557-564. <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758/BF03200735.pdf>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Pedrosa-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L., & Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272-278. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269939/>
- Madoz, V. (1998). *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno* (Estella Navarral).
- McGlynn, S., Snook, B., Kemple, S., Mitzner, T., & Rogers, W. (2014). Therapeutic robots for older adults: investigating the potential of paro. *International conference on Human-Robot interaction*, 14, 246-247. <https://doi.org/10.1145/2559636.2559846>
- Montgomery, D. (1991). *Design and Analysis of Experiments* (8.^a ed.). John Wiley & Sons, Inc. <http://faculty.business.utsa.edu/manderso/STA4723/readings/Douglas-C.-Montgomery-Design-and-Analysis-of-Experiments-Wiley-2012.pdf>

- Moutier, C. (2020). Suicide Prevention in the COVID-19 Era Transforming Threat Into Opportunity. *JAMA Psychiatry*, 3, 12. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3746>
- Niu, S., Tian, S., Lou, J., Kang, X., Zhang, L., Lian, H., & Zhang, J. (2020). Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104058. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104058>
- Oliveira, L., Guimarães, M., de Melo, A., Souza, L., & Cotta, M. (2010). Evaluation of cognitive Technologies in geriatric rehabilitation: A case study pilot project. *Wiley InterScience*, 17, 53-63. <https://doi.org/10.1002/oti.290>
- Ortiz, E. (2012). Theoretical and Methodological Levels in Educational Research. *Cinta Moebio*, 43, 14-23. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2012000100002>
- Ortiz, J. B., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y enfermería*, 1, 25-31. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>
- Padilla-Góngora, D. & Padilla-Clemente, A. M. (2008). Technologies for the Elderly. *Universitas Psychologica*, 7(3), 883-894. https://www.researchgate.net/publication/26624811_Tecnologies_for_the_Elderly
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior and Immunity*, 88, 901-907. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206431/>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 25, 39. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Poblador-Pou, B., Carmona-Pirez, J., Loakeim, I., Poncel-Falcó, A., Bliet-Bueno, K., Canodel Pozo, M., ... Prados-Torres, A. (2020). settings Open Access Article Baseline Chronic Comorbidity and Mortality in Laboratory-Confirmed COVID-19 Cases: Results from the PRECOVID Study in Spain. *International Journal Environmental research and public health*, 17(14), 5171. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145171>
- Rabbitt, S., Kazdin, A., & Scassellati, B. (2015). Integrating socially assistive robotics into mental healthcare interventions: Applications and recommendations for expanded use. *Clinical psychology review*, 35, 35-46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.07.001>
- Robinson, H., Macdonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661-667. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.007>
- Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric population. *Journal Geriatric Psychiatry*, 3(10), 1002. <https://doi.org/10.1002/gps.5389>
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M. A., & Montoro, M. (2002). Validation of the spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 167-172. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00275-6)
- Scholten, H., Quezada-Scholz, V., Salas, G., Barria-Asenjo, N., Rojas-Jara, C., Molina, R., Somarriba, F. (2020). Abordaje psicológico del Covid-19: Una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1287. https://www.preventionweb.net/files/72089_abordajepsicologicodelcovid.pdf

- Shibata, T., Kawaguchi, Y., & Wada, K. (2010). Investigation on people living with Paro at home. *19th International Symposium in Robot and Human Interactive Communication*, 470-475. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4433493/>
- Takayanagi, K., Takagi, K., & Takanori, S. (2014). Comparison of Verbal and Emotional Responses of Elderly People with Mild/Moderate Dementia and Those with Severe Dementia in Responses to Seal Robot, PARO. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 257. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00257>
- Wada, K., Ikeda, Y., Inoue, K., & Uehara, R. (2010). Development and preliminary evaluation of a caregiver's manual for robot therapy using the therapeutic seal robot Paro. *19th International Symposium in Robot and Human Interactive Communication*, 533-538. <https://doi.org/10.1109/ROMAN.2010.5598615>
- Wada, K., Shibata, T., & Kimura, S. (2008). Robot Therapy for Elders Affected by Dementia. *Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 53-60. <https://doi.org/10.1109/EMMB.2008.919496>
- Wang, H., Li, T., Gauthier, S., Yu, E., Tang, Y., Barbarino, P., & Yu, X., (2020). Coronavirus epidemic and geriatric mental healthcare in China: How a coordinated response by professional organizations helped older adults during an unprecedented crisis. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1117-1120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184143/>
- Williams, E., & Jenkins, R. (2008). Dog visitation therapy in dementia care: a literature review. *Nursing older people*, 20(8), 31-35. <https://doi.org/10.7748/nop2008.10.20.8.31.c6808>
- Zisselman, M., Rovner, B., Shmueli, Y., & Ferrie, P. (1996). A Pet Therapy Intervention With Geriatric Psychiatry Inpatients. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 47-51. <https://doi.org/10.5014/ajot.50.1.4>

Fecha de recepción: 09/03/2021

Fecha de revisión: 12/05/2021

Fecha de aceptación: 18/05/2021

Cómo citar este artículo:

Lombó Fragueiro, C. (2021). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research* 4 (1), 23-38. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.606.

REPERCUSIONES DEL ESTIGMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS CON VIH/SIDA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Carolina Lombó Fragueiro
Universidad Europea del Atlántico (España)
carolina.l-f@hotmail.com

Resumen. Introducción: Este trabajo se llevó a cabo con la finalidad de averiguar si existía un agravamiento de las consecuencias del VIH tras la percepción de estigma. Metodología: Se realizó una revisión sistemática cuyos criterios de inclusión fueron (1) que los trabajos versaran sobre VIH/SIDA; (2) que se tratara de artículos científicos; (3) que el idioma de publicación fuera español o inglés. Los criterios de exclusión aplicados fueron (1) que los artículos incluyeran población infantojuvenil; (2) que se trataran de artículos de caso único. Resultados: La muestra total estuvo compuesta por 18267 participantes, la mayoría de ellos mujeres (65%), con una media de edad de 39'3 años, procedentes de África y Asia, casados o con pareja estable y con un nivel educativo y socioeconómico bajo. El estigma se analizó a través de administración de pruebas en el 55% de los artículos y la calidad de vida, en el 44%. Se encontraron repercusiones psicológicas y sociales (53%) entre las que destacó el trastorno depresivo y la reducción de la red de apoyo; laborales y económicas (21%); físicas (18%) y sexuales (15%). Discusión: La mayoría de los resultados mostraron que el estigma sí que generaba repercusiones, las cuales afectaban, sobre todo, a la salud mental y a la red social de esta población, lo que reflejó la necesidad de fomentar el apoyo y el tratamiento psicológico. De igual manera, se encontró una posible relación entre el sexo, la región y el nivel de educación y el riesgo de contraer VIH.

Palabras clave: VIH, SIDA, estigma, calidad de vida, adultos.

IMPACT OF STIGMA ON THE QUALITY OF LIFE OF ADULTS WITH HIV/AIDS: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract. Introduction: This work was made in order to find out if there was a worsening of the consequences of HIV because of the perception of stigma. Methodology: Inclusion criteria were (1) that the articles deal with HIV/AIDS; (2) that they were scientific articles; (3) that the language of publication were Spanish or English. The exclusion criteria applied were (1) that the articles include child and adolescent population; (2) that they were single-case articles. Results: The total sample was made up of 18267 participants, most of them were women (65%), with an average age of 39'3, came from Africa or Asia, married or in a stable relationship and with an educational and socioeconomic low level. Stigma was analyzed through test administration in 55% of the articles and quality of life in 44%. Psychological and social repercussions (53%) were found, among which depressive disorder and the reduction of the social support, laboral and economic (21%), physical (18%) and sexual (15%) stood out. Discussion: Most of the

results showed that stigma generated repercussions that affected, above all, the mental health and social network of this population, which reflected the need to promote support and psychological treatment. Similarly, a possible relationship was found between sex, región and leve lof education and the risk of contracting HIV.

Keywords: HIV, AIDS, stigma, quality of life, adults.

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, comúnmente conocido con las siglas VIH consiste en una enfermedad infecciosa que produce el debilitamiento progresivo del sistema inmunitario al destruir los glóbulos blancos que protegen al organismo de infecciones o enfermedades (WHO, 2017).

En esta enfermedad se pueden diferenciar tres etapas. Primero, la fase de infección aguda retroviral que tiene lugar de dos a seis semanas tras la infección, momento en el que el sistema inmunitario todavía puede actuar contra el virus a pesar de que este se produzca en altas tasas (Rodríguez & Moreno.II, 2017). Segundo, la fase crónica en la que el paciente puede mostrar síntomas como fiebre, tos seca, diarrea, sudoración... (Iglesias Villarán et al., 2015; Rodríguez & Moreno.II, 2017; Sandí & Chan, 2016; Valle et al., 2018). Por último, en caso de que la enfermedad no se trate adecuadamente, puede desembocar en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA caracterizada por presentar cánceres o infecciones oportunistas como la neumonía, la salmonerosis, la candidiasis o la tuberculosis (Bizuayehu et al., 2015; WHO, 2017).

Fue en el año 1981 cuando se diagnosticaron en Estados Unidos diferentes casos de neumonía y de Sarcoma de Kaposi de manera simultánea. Un año después, estos diagnósticos se definieron como SIDA y pertenecían en su gran mayoría a hombres homosexuales lo que hizo que se formara el estigma de que el VIH/SIDA era una enfermedad que pertenecía a este colectivo. Sin embargo, con el paso del tiempo se presentaron nuevos casos en personas con drogadicción, prostitutas y en quienes mantenían relaciones sexuales con personas seropositivas (Bran Piedrahita et al., 2017).

En 1984 comenzó la búsqueda del tratamiento para el VIH y 12 años después comenzó a desarrollarse la primera terapia antirretroviral (TARV) que permitió que dejara de ser una enfermedad mortal (Rodríguez & Moreno.II, 2017), ya que mantiene el nivel de virus en sangre en una cantidad indetectable impidiendo la reproducción de éste y permitiendo así, el correcto funcionamiento del sistema inmunitario. Además, este medicamento reduce el riesgo de contagio a otros en un 96 % y ha permitido que el 47% de las personas con VIH/SIDA tenga una carga viral indetectable (ONUSIDA, 2017; WHO, 2017).

El VIH/SIDA es una enfermedad de carácter transmisible, cuyo contagio puede producirse vía sexual al tener relaciones de cualquier tipo (oral, vaginal o anal) con una persona que tenga VIH y no se medique para tratar la enfermedad o no se emplee preservativo. Esta vía representa la mayoría de los contagios. Segundo, el VIH puede transmitirse vía sanguínea como, por ejemplo, al compartir agujas o jeringuillas y por transfusiones o trasplantes, entre otras. Por último, la vía vertical es la vía maternofilial en la cual la madre transmite a su hijo la enfermedad durante el embarazo, parto o lactancia (Bartolome-García & Losa-García, 2017; Fuster et al., 2013; Rodríguez & Moreno.II, 2017; Sandí & Chan, 2016; Valle et al., 2018; WHO, 2017).

En cuanto al impacto de esta enfermedad se estima que, de manera mundial, el VIH ha afectado a 77,3 millones de personas y ha producido la muerte de 35,4 millones. Concretamente, en el año 2017, casi 37 millones de personas tenían VIH y el 25% de ellas desconocían su diagnóstico (ONUSIDA, 2017; Santiesteban Díaz et al., 2017).

La población de riesgo la constituyen las adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. En el año 2017, se registró cada 3 minutos una nueva infección por VIH en esta población (UNICEF, 2017). Por otra parte, es en África donde se concentran la mayoría de las infecciones (ONUSIDA, 2017).

En el año 2017 fueron registrados en España más de 3 mil nuevos casos de VIH y 406 casos de SIDA (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

El estigma representa uno de los principales desafíos a los que se enfrentan las personas que padecen esta enfermedad. El hecho de tener un atributo que no es aceptado por la sociedad genera estigma externo o social que conduce a la discriminación y a la exclusión del individuo. Este puede llevar a la formación del estigma internalizado, el cual se relaciona con el deterioro del autoconcepto y autoestima y se basa en las inferencias que hace el individuo de la conducta social negativa que recibe (Conde Higuera et al., 2016; Guevara-Sotelo & Hoyos-Hernández, 2018; Infante et al., 2006; Monteiro et al., 2016; Radusky et al., 2017).

A pesar de que en la actualidad cada vez son mayores los avances respecto al tratamiento del VIH, esta enfermedad sigue representando un problema de salud pública mundial que puede afectar gravemente a los huéspedes a diferentes niveles. Asimismo, el estigma juega un importante papel en cuanto al afrontamiento y aceptación de esta enfermedad, pues supone una barrera para la prevención y tratamiento del VIH generando graves consecuencias en la salud y favoreciendo la transmisión (Conde Higuera et al., 2016; Monteiro et al., 2016; Radusky et al., 2017; Tamayo-Zuluaga et al., 2015). Por estos motivos, se presenta como objetivo principal del presente trabajo: definir la existencia y las características de las repercusiones que puede generar el estigma en la calidad de vida de los adultos que padecen la enfermedad del VIH. Asimismo, se plantean como objetivos secundarios: especificar cuál es el estigma que la población seropositiva percibe con mayor frecuencia y concretar cuáles son los factores que, tras el conocimiento del diagnóstico, la población seropositiva percibe como positivos para el mantenimiento o mejora de la calidad de vida o, por lo contrario, qué factores fomentan su deterioro.

Método

La metodología seguida para la obtención de la información se ha basado en la búsqueda de artículos que relacionaran el estigma con las consecuencias que genera en la calidad de vida de la población seropositiva en la adultez.

Para realizar esto, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed y Psycinfo cruzando los términos en inglés “*HIV*”, “*AIDS*”, “*stigma*”, “*quality of life*” y “*adults*” y empleando como operador booleano “AND”. Además, como criterio temporal se abarcaron los artículos publicados entre el año 2015 y el año 2020.

Asimismo, los criterios de inclusión empleados fueron: (1) que los trabajos versaran sobre VIH/SIDA; (2) que se tratara de artículos científicos y publicaciones académicas; (3) y que el idioma fuera español o inglés.

Por otra parte, los criterios de exclusión adoptados fueron: (1) que los artículos emplearan población infantojuvenil (0-18 años); (2) y que se trataran de estudios de caso único.

La primera fase comprende la revisión sistemática de la información encontrada a partir de las palabras clave mencionadas anteriormente en las dos bases de datos. Tras la aplicación del criterio temporal se obtuvieron 197 artículos.

La segunda fase se centra en un proceso de aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, a partir del cual se obtuvo un total de 143 artículos.

En la tercera fase se realizó la exclusión de artículos a través de la lectura del *abstract*, de los resultados y de la discusión. Fueron descartados, por una parte, aquellos artículos en los que se analizaba el efecto del estigma en la población con VIH que padecía otra condición prioritaria que podía explicar los resultados (por ejemplo, estar en la cárcel, padecer depresión postparto...); y, por otro lado, se eliminaron los artículos que definían la existencia o no de repercusiones en la calidad de vida de la población seropositiva, pero no aludían al estigma. Tras aplicar estos dos criterios por no adaptarse a los objetivos del presente trabajo, fueron seleccionados 54 artículos.

En la cuarta fase se eliminaron los artículos duplicados reduciendo el número total de artículos a 47.

En la quinta y última fase se procedió a la lectura a texto completo de los 47 artículos y fueron seleccionados aquellos que aportaron resultados significativos y descartados los que no se ajustaban a los criterios de inclusión y objetivos planteados. Finalmente, fueron

34 los artículos seleccionados para el desarrollo de la presente revisión sistemática. La figura 1 muestra el esquema de este proceso.

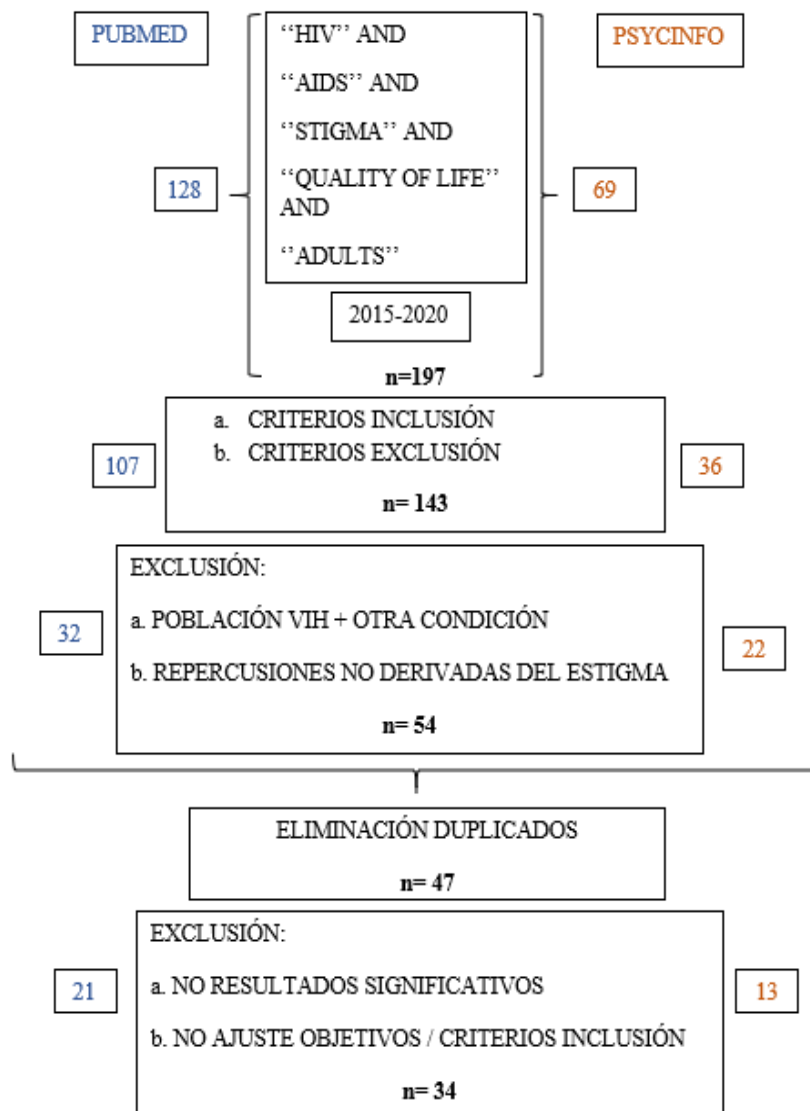


Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos.

Resultados

En los 34 artículos se analizaron las características sociodemográficas (Tabla 1).

Se obtuvo una muestra total de 18.267 personas, de las cuales 11.957 eran mujeres, 6.278 eran hombres y 32 personas se identificaron con otro género o prefirieron no aportar esta información, por lo que, en otras palabras, el 65'46% de la muestra la componía el género femenino; el 34'37%, el género masculino; y el 0'18%, otros.

En cuanto a la edad, todos los participantes tenían edades superiores a 18 años y la media de edad fue de 39'3 años.

De los 34 artículos empleados en esta revisión sistemática, la mayoría de ellos seleccionó participantes africanos y asiáticos. Concretamente, 10 seleccionaron población africana para la realización de los estudios, especialmente población perteneciente a países de África Oriental (Uganda, Etiopía, Kenia y Malawi) y otros 10 artículos emplearon población asiática sobre todo china además de india, vietnamita y nepalí representando el 58'82% de la muestra.

En cuanto al estado civil, este fue analizado en 28 de los 34 artículos seleccionados (82'35%) y, en la mayoría, los participantes se encontraban en una relación estable o casados.

Igualmente, el nivel educativo y el nivel socioeconómico fue analizado en los estudios encontrando generalmente un nivel educativo bajo en el que la mayoría de los participantes no superaba el nivel de secundaria o intermedio e, igualmente, un nivel de ingresos bajo. Estos datos correspondían especialmente a zonas rurales o a países no desarrollados.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Autor/Año	Sexo	Media edad	Tamaño muestral	Procedencia población	Estado civil	Nivel socioeconómico/ educativo
Brown et al., 2016	118 M	37'8	118	Estados Unidos	No especificado	Intermedio
Bukenya et al., 2019	12 H 18 M	41'7	30	Uganda	Casados	Bajo
Cantisano et al., 2015	51 H 50 M	39'37	101	República Dominicana	Pareja	Bajo
(Cressman et al., 2020)	1578 M	55	1578	Estados Unidos	No especificado	Bajo
Da et al., 2019	724 H 488 M	38'5	1212	China	Casado	Intermedio
Ezeamama et al., 2016	123 H 277 M	35'8	400	Uganda	Casado	Bajo
Garfin et al., 2019	600 M	34'31	600	India	Viudos	Bajo
Garrido-Hernansaiz &	116 H 2 M 1 Otro	32'37	119	España y Latinoamérica	Solteros	Alto

Alonso-Tapia, 2017						
Garrido-	396 H	33'12	961	India	Casados	Bajo
Hernansaiz et al., 2016	534 M 31 Otro					
Kamen et al., 2015	59 M	30'3	59	Malawi	Casado	Bajo
Kuznetsova et al., 2016	48 H 32 M	34	80	Rusia	No especificado	Bajo
Lifson et al., 2015	50 H 92 M	33'7	142	Etiopía	Casados	Bajo
Liu et al., 2018	220 H	36'1	220	China	Solteros/ Divorciados/ Viudos	Intermedio/Alto
Loutfy et al., 2016	1929 M	41	1929	Variada (Latinoamérica, China, Europa)	Solteros	Intermedio
Lyons et al., 2016	357 H	54'5	357	Australia	Soltero	Alto
Maimaiti et al., 2017	411 H 268 M	39'5	679	China	Solteros/ Divorciados/ Viudos	Bajo
Mitchell et al., 2017	235 H 148 M	48	383	Estados Unidos	No especificado	Bajo
Nevin et al., 2018	7 H 13 M	42'5	20	África Oriental	Pareja	Alto
Nyamathi et al., 2018	400 M	33'8	400	India	Casados/ Viudos	Bajo
Nyongesa et al., 2020	94 H 356 M	42'7	450	Kenia	Casados	Bajo
Oliveira et al., 2017	93 H 53 M	38'4	146	Brasil	Solteros	Intermedio
Parcesepe et al., 2020	336 H 576 M	35	912	Tanzania	Casados	Bajo
Pasipanodya & Heatherington, 2014	22 H 27 M	37'5	49	Uganda	Pareja	Bajo
Pinho et al., 2018	918 M	33'5	918	Brasil	Pareja	Bajo
Reinius et al., 2018	99 H 74 M	48'1	173	Suecia	No especificado	Intermedio
S et al., 2019	305 H 294 M	38	599	Nepal	Casado	Bajo

Secor et al., 2015	112 H	26	112	Kenia	Solteros	Intermedio
Shah et al., 2015	317 H	47'65	317	Nueva York	Solteros	Intermedio
Siegel et al., 2018	44 H 36 M	41'6	100	Nueva York	Casados	Bajo
Suleiman et al., 2020	114 H 239 M	39'1	353	Nigeria	Casados	Intermedio
Tran et al., 2018	1133 M	32'5	1133	Vietnam	Casado	Bajo/Intermedio
Travaglini et al., 2018	220 M	43'4	220	Estados Unidos	Solteras	Intermedio
Zeluf-Andersson et al., 2019	762 H 320 M	47'6	1096	Suecia	Pareja	Intermedio
Zhang et al., 2016	1882 H 1105 M	42'9	2987	China	No especificado	Bajo

Los 34 artículos también hicieron alusión al estigma y/o a la afectación de la enfermedad del VIH/SIDA a su calidad de vida o satisfacción en general.

Por una parte, el estigma fue evaluado en 18 de los 34 artículos (52'94%) de manera directa a través de la administración de tests. En especial, la prueba más utilizada para ello fue la '*Escala de Estigma para VIH de Berger*' (*Berger's HIV- Stigma Scale*) ($\alpha = .957$) que consiste en un test psicométrico dirigido a la población adulta mayor de 18 años que consta de 30 ítems divididos en 4 dimensiones: estigma promulgado, preocupaciones de divulgación, autoimagen negativa y preocupación hacia las actitudes públicas. Esta fue empleada en 10 de los artículos de los 18 artículos (55'56%) en los que se evaluó el estigma.

Por otro lado, la calidad de vida fue evaluada a través de la administración de cuestionarios en 15 de los 34 artículos (44'11%). Concretamente, la prueba más utilizada fue '*La escala de calidad de vida de la OMS*' (*WHO-QoL*) ($\alpha = .895$), un cuestionario que proporciona un perfil de la calidad de vida del individuo dando una visión global de las áreas y facetas que la componen. El *WHO-QoL* está compuesto por 100 ítems de tipo Likert divididos en 6 áreas: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y creencias personales y espiritualidad. Esta prueba se dirige a la población en general y a pacientes con alguna enfermedad y su aplicación se basa en la autoadministración. Sin embargo, en pacientes que no saben leer o escribir por razones de educación, cultura o salud podría realizarse mediante una entrevista. Esta prueba se empleó en 7 de los 15 artículos (46'67%) que evaluaron la calidad de vida.

Además de a través de tests como los mencionados anteriormente, en otros artículos tanto el estigma como la calidad de vida fueron evaluados mediante entrevistas personalizadas o cuestionarios propios.

A continuación, se presentan las diferentes repercusiones que han sido descritas en los artículos seleccionados para la realización de esta revisión sistemática.

Primero, en cuanto a las repercusiones físicas, 6 artículos (17'65%) definieron el agravamiento o aumento de sintomatología del VIH/SIDA tras la percepción de estigma. Los participantes refirieron dolor, pérdida de peso, fatiga, náuseas, vómitos, cefaleas, reducción del apetito, disminución de la energía, fiebre y problemas con el concilio del sueño e insomnio. Además, la carga viral y la sintomatología previamente mencionada se correlacionó negativamente con la salud física y, por tanto, con la calidad de vida.

Segundo, la población de 4 artículos (11'76%) refirió una serie de cambios en los hábitos tras el diagnóstico o percepción de estigma tales como la disminución de la actividad física o sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo o consumo de otras sustancias.

Tercero, la población de 18 artículos (52'94%) reflejó de forma común la presencia de estrés, angustia, ansiedad, depresión o un deterioro de la autoestima tras la percepción de estigma produciendo un deterioro de la salud mental. Además, relacionaron su presencia y la gravedad de la sintomatología mental con una menor disponibilidad de recursos personales y socioeconómicos.

En cuanto a los recursos personales, se hizo alusión en 3 artículos (8'82%) a la importancia del afrontamiento activo y del afrontamiento centrado en el problema (más que en la emoción) para mantener o mejorar la autoestima y favorecer la mejora del funcionamiento en general y, por tanto, la mejora de la calidad de vida frente los efectos dañinos del estigma.

La presencia de estigma y, especialmente, el internalizado pues es el que se mostró con mayor frecuencia en los estudios analizados (concretamente en 8 artículos, representado el 23,52%) y el que presentó una mayor correlación con las cargas físicas y emocionales, se relacionó con un peor funcionamiento psicológico y salud en general y con menos autoestima, bienestar, resiliencia y reactividad. Además, el estigma también se relacionó con pensamientos negativos tales como preocupación por la actuación de los demás con ellos, miedo al rechazo, malestar por no sentirse comprendidos por los demás, culpa, deseos de mantener la privacidad, desesperanza, desprecio, vulnerabilidad, vergüenza, desánimo, tristeza, preocupación por la salud, hostilidad, irritabilidad... Los huéspedes definieron el estigma como un factor que los alejaba de la sociedad, irrumpía su privacidad, ralentizaba su capacidad de recuperación y aumentaba su preocupación por la enfermedad o por la transmisión a otros.

Concretamente, fue el trastorno depresivo el que se mostró con mayor frecuencia. La población de 9 de los 34 artículos (26'47%) refirió padecer o haber padecido sintomatología depresiva o un trastorno depresivo. El instrumento más empleado para evaluarlo fue '*La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos*' (*CES-D*), un cuestionario que se emplea para detectar casos de depresión basándose en la presencia de sintomatología en la última semana. Es autoaplicable, está dirigido a la población en general y cuenta con 20 ítems que evalúan distintos componentes como el estado de ánimo, sentimientos de inutilidad, desesperanza... Tiene buena consistencia interna (0.85-0.90) y una fiabilidad test-retest de 0.51-0.67. El *CES-D* fue utilizado en 4 artículos (11'76%).

Cuarto, otra de las consecuencias que se ha definido en 5 de los artículos seleccionados (14'71%) es la repercusión del VIH/SIDA en las relaciones de pareja y en las relaciones sexuales. Los desafíos a los que se enfrenta la población seropositiva en lo que a este tipo de relaciones respecta son, principalmente, el miedo a la divulgación y a comportamientos estigmatizantes, el miedo irracional a la transmisión, los cambios en la intimidad sexual y en el funcionamiento físico y social, la ruptura de la relación y la pérdida de confianza. Tras el diagnóstico, una menor satisfacción en las relaciones provocaba un deterioro de la salud mental con problemas tales como el estrés, ansiedad o depresión teniendo como consecuencia peor calidad de vida.

La satisfacción dentro de la pareja correlacionaba positivamente con la identidad de pareja y negativamente con la presencia de sintomatología física y mental. Además, la carga percibida por parte del cuidador y la salud en general del huésped también influían en la salud de la pareja (Pasipanodya & Heatherington, 2014).

Aquellos que revelaron el estado serológico informaron de actitudes estigmatizantes como distanciamiento, desprecio, violación de la privacidad y

acusaciones por parte de su pareja y de su círculo social más cercano. Ante esto, se mostraron diferentes formas de gestionar la enfermedad dentro de la pareja, tales como la ruptura, la búsqueda de apoyo social externo y la educación a familiares y amigos sobre la enfermedad (Siegel et al., 2018).

Se administraron 3 escalas relacionadas con la pareja: ‘*Escala de evaluación de relación*’ que mide la satisfacción matrimonial ($\alpha=.66$), ‘*Escala de identidad de pareja*’ (que presentó buena validez) y ‘*Escala de carga autopercebida*’ ($\alpha=.75$) según el cuidador principal. Además de esto, en uno de los artículos se evaluó además el estigma sexual y se concluyó que su impacto puede ser mayor si actúa sobre población que se enfrenta a otros tipos de estigma o discriminación. Este tipo de estigma se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva y, por tanto, con una menor calidad de vida (Secor et al., 2015).

En 2 artículos (5’88%) se mostró que el estado seropositivo tiene un impacto considerable en la sexualidad afectando sobre todo a la frecuencia, al deseo sexual y al número de parejas sexuales.

Quinto, se encontraron consecuencias sociales debidas al estigma tales como aislamiento, exclusión, rechazo, devaluación y reducción de la red de apoyo (Nevin et al., 2018). La población del 52’94% de los artículos refirió este tipo de repercusiones derivadas del estigma.

Se encontró que estas repercusiones podían agravarse a menor nivel educativo, pues eso implicaba un menor conocimiento de la enfermedad, de los servicios de atención y del tratamiento (Lifson et al., 2015).

8 artículos (23’52%) pusieron de manifiesto la reducción de la red de apoyo tras el diagnóstico. El apoyo social fue definido como el factor imprescindible para superar el estigma, mejorar la salud en general y prevenir problemas relacionados con la salud mental (estrés, angustia y sintomatología depresiva). El apoyo social mejoraba el funcionamiento global y favorecía al afrontamiento activo de la enfermedad protegiendo o favoreciendo la autoestima. Es por esto por lo que los participantes que contaban con una red de apoyo, pareja estable o el apoyo de proveedores de atención médica refirieron una menor afectación del estigma. El apoyo social fue evaluado en 8 artículos entre los cuales destacó el empleo de ‘*La escala de relaciones sociales: Cuestionario de apoyo social de la calidad de vida*’ ($\alpha=0.85-0.93$).

Otra de las consecuencias que se encontraron fue la pérdida de la posición social. En uno de los artículos se midió la posición social percibida y los resultados revelaron que a mayor estigma, menor edad, menor apoyo social y menor nivel de ingresos, más baja era la posición social (Ezeamama et al., 2016).

Estas consecuencias sociales generan, a su vez, miedos de divulgación del estado serológico que hacen que la población, en algunas ocasiones, opte por ocultar su enfermedad como una manera de proteger su integridad social y autoconcepto y mantener la privacidad. La divulgación es más frecuente en relaciones íntimas, ya que se ve promovida por el apoyo, el cual reduce la sintomatología y miedos (Cantisano et al., 2015; Loutfy et al., 2016).

En 4 artículos (11’76%) se mostró una correlación positiva entre la percepción de apoyo y la red social y la calidad de vida y una correlación negativa entre estigma internalizado y promulgado y calidad de vida.

En 8 artículos (23’53%) el estigma por VIH se sumó a otro estigma ya existente en cierta población, potenciando los efectos de discriminación. La población de dichos estudios coincidió con grupos socialmente ya devaluados por diferentes motivos como género, drogadicción, inmigración, nivel socioeconómico y/o discapacidad. Un ejemplo de esto sería el estigma sexual que cobró mayor importancia en la población homosexual

por sufrir una mayor censura social y recibir menos apoyo. En este caso el estigma por VIH se sumaría a la discriminación y exclusión que sufren por su condición sexual. Sin embargo, en uno de los artículos, los participantes no reflejaron una influencia del estigma en su calidad de vida, pues la mayoría de ellos no percibieron ni la enfermedad del VIH ni la discriminación ni tener que someterse al tratamiento como factores que interferían en su vida (Cressman et al., 2020).

Sexto, y en relación y como consecuencia de los problemas sociales, se encontraron 7 artículos (20'59%) que reflejaban consecuencias negativas para la economía y una menor oportunidad laboral a causa del estigma promulgado, la discriminación y la exclusión que sufre la población seropositiva.

En 10 artículos (29'41%) se mostró que los problemas de salud física y mental (o por lo contrario la percepción de salud y la carencia de sintomatología), el estigma por parte de familiares y amigos, la insatisfacción con los encargados de la atención médica, la falta de apoyo psicológico, los efectos secundarios de la TARV como las náuseas y los vómitos y su duración, la falta de información o educación sobre la enfermedad y los bajos recursos económicos supusieron una barrera para la prevención y atención de la enfermedad, además de empeorar su manejo y suponer una limitación para la realización de las actividades diarias. Todo esto repercutió en la calidad de vida y la empeoró. Por otro lado, también se estableció una relación entre la adherencia y el estado civil, la educación y el nivel de ingresos, pues tener pareja, haber recibido educación y tener empleo se relacionaron positivamente con la adherencia.

Por otra parte, la población de 3 artículos (8'82%) refirió que el estigma supuso una barrera para el acceso a los servicios y/o la continuación y la constancia en los cuidados, por lo que las intervenciones dirigidas a reducir el estigma mostraron resultados positivos en la población, supusieron una oportunidad de diagnóstico y tratamiento tempranos y aumentaron el funcionamiento psicológico reduciendo la morbilidad, la transmisión del VIH y la mortalidad y generando una mejora en la calidad de vida.

De igual manera, en 4 artículos (11'76%) se mostró que el apoyo social fomentaba el diagnóstico temprano y aumentó la adherencia. Además, suponía un recuerdo y refuerzo para la toma de la medicación, la reducción de la culpabilidad por el contagio y la disminución de la percepción de rechazo y exclusión. Además, percibir el deterioro de la salud, el deseo de cuidar de uno mismo y proteger a la familia, las buenas experiencias con los médicos y el cese de consumo de sustancias también se relacionaron con mayor adherencia.

Discusión y conclusiones

Más del 65% de los participantes eran mujeres y, además, la mayoría de la muestra procedía de África y Asia y su nivel educativo o socioeconómico era bajo. Si se valoran estos datos de manera conjunta, se podría encontrar una relación entre la región, el sexo y el riesgo de contraer VIH. Una mayor prevalencia en mujeres podría relacionarse con violencia de género, violencia contra niñas, experiencias sexuales forzadas y matrimonios obligados. Además de esto, la educación precaria y la información limitada sobre el sexo seguro, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual también podrían ser factores explicativos de dicha prevalencia. Frente todo esto, sería necesario acabar con la condición subordinada de la mujer y promover la igualdad a la vez que se fomenta la educación y el acceso a la información.

Los 34 artículos hicieron alusión al estigma y/o a la afectación de la enfermedad del VIH/SIDA a su calidad de vida o satisfacción en general. Concretamente, fue el

estigma internalizado el que los participantes refirieron haber sufrido con mayor frecuencia, el cual derivaba de las actitudes discriminatorias y los actos de exclusión (Conde Higuera et al., 2016; Guevara-Sotelo & Hoyos-Hernández, 2018; Infante et al., 2006; Monteiro et al., 2016; Radusky et al., 2017). La prevalencia de este tipo de estigma resalta la necesidad de, por un lado, implantar programas de educación dirigidos a la población en general para aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, fomentar la tolerancia y el respeto hacia la población que padece VIH y, por otro lado, la necesidad de una mayor orientación e intervención dirigida a los huéspedes con la finalidad de favorecer la aceptación de ellos mismos y de su condición y reducir pensamientos y sentimientos negativos tales como la culpa o la vergüenza.

En relación con la prevalencia del estigma internalizado y como posible causa de ello, las repercusiones psicológicas y las sociales fueron las predominantes. Los participantes de más del 50% de los artículos señalaron padecer sintomatología propia de estrés, ansiedad o depresión y/o problemas de autoestima (Brown et al., 2016; Cressman et al., 2020; Da et al., 2019; Garfin et al., 2019; Garrido-Hernansaiz & Alonso-Tapia, 2017; Kamen et al., 2015; Lyons et al., 2016), por lo que se destaca la necesidad de dar un mayor protagonismo al tratamiento psicológico y facilitar el acceso a este.

Como parte de la solución frente a los problemas relacionados con la salud mental y además, como factor preventivo de estos, debería fomentarse el apoyo social (Kuznetsova et al., 2016; Nyamathi et al., 2018; Siegel et al., 2018; Tran et al., 2018) que podría contribuir a la minimización de las consecuencias, a la mejora del funcionamiento global de la persona y al favorecimiento del afrontamiento activo.

La percepción de apoyo se relacionaba con un diagnóstico temprano y una mayor adherencia lo que podría reducir la morbilidad y la transmisión del virus (Kuznetsova et al., 2016; Nyamathi et al., 2018; Siegel et al., 2018; Tran et al., 2018).

Aunque en menor medida en comparación con el resto de repercusiones, aproximadamente la población del 15% de los artículos hicieron alusión a la repercusión del estigma en las relaciones de pareja y en las relaciones sexuales encontrándose tras el diagnóstico una menor satisfacción, una disminución de la frecuencia y un menor deseo sexual (Bukenya et al., 2019; Da et al., 2019; Garfin et al., 2019; Kuznetsova et al., 2016; Liu et al., 2018; Loutfy et al., 2016; Nevin et al., 2018; Oliveira et al., 2017; Pasipanodya & Heatherington, 2014; Pinho et al., 2018; Reinius et al., 2018; Secor et al., 2015; Siegel et al., 2018; Zhang et al., 2016). En cuanto a esto, el componente cultural, la religión, los valores y la moralidad podrían ejercer una gran influencia en este aspecto al igual que la edad y el estigma. Los católicos, por ejemplo, presentan de por sí una menor probabilidad de mantener relaciones sexuales por ser más conservadores, no practicar sexo antes del matrimonio o por abstinencia.

En lo que respecta a las repercusiones que acaban de ser mencionadas y tal y como se ha mostrado en los resultados y en literatura previa (Chong Villarreal et al., 2012; Oskouie et al., 2017; Radusky et al., 2017; Tamayo-Zuluaga et al., 2015; Verma & Lata, 2016), la afectación del estigma por VIH se agrava en comunidades marginadas, en riesgo de exclusión o minorías, las cuales ya son objeto de discriminación por otro motivo (Loutfy et al., 2016; Mitchell et al., 2017; Nevin et al., 2018; Oliveira et al., 2017; Parcesepe et al., 2020; Secor et al., 2015; Travaglini et al., 2018). Solo hubo un artículo en el que la población no refirió consecuencias por la percepción de estigma por VIH, lo que pudo deberse a que ya sufrían discriminación antes de padecer la enfermedad (Cressman et al., 2020). El claro ejemplo de esta potenciación de las repercusiones es el efecto del estigma por VIH en el colectivo homosexual. Actualmente, sigue existiendo el

prejuicio social de que el VIH es una enfermedad exclusiva de los hombres homosexuales, lo que puede generar una carga emocional y un desánimo en quienes lo sufren suponiendo un retraso en la detección de la enfermedad al generar un rechazo a hacerse la prueba por la repercusión social que conllevaría padecer la enfermedad. Todo esto pone en relieve una vez más la necesidad de implantar medios que fomenten el respeto, la tolerancia y la desestigmatización, además de la educación e interés necesarios para acabar con los tabúes que se encuentran alrededor del VIH/SIDA.

Todas las consecuencias definidas hasta ahora podrían explicar una reducción del acceso a los servicios de salud y de la adherencia al tratamiento al suponer una barrera frente los avances (Conde Higuera et al., 2016; Monteiro et al., 2016; Radusky et al., 2017; Tamayo-Zuluaga et al., 2015).

Como respuesta al objetivo principal planteado en este trabajo que consistía en definir la existencia y las repercusiones que generaba el estigma en la calidad de vida de los adultos que padecen la enfermedad del VIH, los resultados encontrados han permitido definir principalmente, repercusiones mentales, entre las que destaca la sintomatología depresiva, la ansiedad y la autoimagen negativa; y repercusiones sociales, tales como la discriminación, el aislamiento y la exclusión que, a su vez, se relacionaban con una disminución del nivel económico y de la oportunidad laboral. Seguidas de estas, los participantes refirieron consecuencias físicas y, por último y en menor medida, problemas de pareja y sexuales.

En cuanto al primer objetivo secundario planteado, fue el estigma internalizado el que la población refirió haber padecido con mayor frecuencia. Por otro lado, como respuesta al segundo de ellos, se definieron, principalmente, el afrontamiento activo y el poder socioeconómico como factores positivos para el mantenimiento de la calidad de vida frente la sintomatología física, la salud mental deficitaria y un nivel socioeconómico y educativo bajos, los cuales fueron descritos como factores que afectan de forma negativa a la calidad de vida.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabría mencionar que solo se ha abordado la población adulta mayor de 18 años. Es por esto, que serían interesantes futuras investigaciones que se centraran en la población infantojuvenil, como por ejemplo en las adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años quienes suponen la población de riesgo. Asimismo, sería interesante realizar nuevos estudios en los que se analice el efecto del estigma exclusivamente en la población homosexual, a quien se le ha atribuido la enfermedad del VIH/SIDA a lo largo de la historia. De esta manera, podría analizarse de manera más amplia el nivel de repercusión en el colectivo.

Por otro lado, esta revisión sistemática se ha realizado a partir de estudios que se han llevado a cabo en su gran mayoría en zonas rurales o países cuyo nivel socioeconómico era bajo, por lo que se resalta la necesidad de estudios en países desarrollados o con mejores condiciones sanitarias y/o socioeconómicas. Por ejemplo, sería útil realizar más estudios con población europea, pues la investigación es escasa y las condiciones son muy diferentes. De esta forma, se podría averiguar si las conclusiones extraídas en este trabajo pueden extrapolarse a toda la población mundial o conocer hasta qué punto influyen los factores socioculturales en el proceso de estigmatización descubriendo así si el estigma constituye un factor de vulnerabilidad en determinadas regiones o a nivel mundial.

Por último, la búsqueda de la literatura se realizó únicamente en las bases de datos mencionadas anteriormente y la selección de artículos se limitó a los publicados en

español y/o inglés, por lo que, si se incluyeran un mayor número de bases de datos y más idiomas, se podría proporcionar mayor evidencia a la investigación.

Referencias

- Bartolome-García, E., & Losa-García, J. E. (2017). Profilaxis post-exposición frente VIH? utilizamos adecuadamente nuestros recursos? *Rev Esp Quimioter*, 30(4), 293-296.
- Bizuayehu, H. M., Abyu, D. M., & Aweke, A. M. (2015). Assessment of duration of staying free from acquiring reappearing opportunistic infections among pre-ART people living with HIV/AIDS between 2008 and 2013. *Biomed Research International*, 2015, 146306-146306. <https://doi.org/10.1155/2015/146306>
- Bran Piedrahita, L., Palacios Moya, L., Posada Zapata, I. C., & Bermúdez Román, V. (2017). Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Ciencias de la Salud*, 15(1), 59. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>
- Brown, M. J., Serovich, J. M., Kimberly, J. A., & Hu, J. (2016). Psychological reactance and HIV-related stigma among women living with HIV. *AIDS Care*, 28(6), 745-749. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1147015>
- Bukenya, D., Mayanja, B. N., Nakamanya, S., Muhumuza, R., & Seeley, J. (2019). What causes non-adherence among some individuals on long term antiretroviral therapy? Experiences of individuals with poor viral suppression in Uganda. *AIDS Research and Therapy*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12981-018-0214-y>
- Cantisano, N., Rimé, B., & Teresa Munoz Sastre, M. (2015). The importance of quality over in quantity in the social sharing of emotions (SSE) in people living with HIV/AIDS. *Psychology, health & medicine*, 20(1), 103-113.
- Chong Villarreal, F., Fernández Casanueva, C., Huicochea Gómez, L., Álvarez Gordillo, G. del C., & Leyva Flores, R. (2012). Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida: Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios fronterizos*, 13(25), 31-55.
- Conde Higuera, P., Pimentel Ramírez, M. L., Díaz Ávila, A., & Domingo Moratalla, T. (2016). Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA: Una perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 22(2), 331-340. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200020>
- Cressman, A. E., Howe, C. J., Nunn, A. S., Adimora, A. A., Williams, D. R., Kempf, M., Chandran, A., Wentz, E. L., Blackstock, O. J., Kassaye, S. G., Cohen, J., Cohen, M. H., Wingood, G. M., Metsch, L. R., & Wilson, T. E. (2020). The Relationship Between Discrimination and Missed HIV Care Appointments Among Women Living with HIV. *AIDS and behavior*, 24(1), 151-164. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02522-8>
- Da, W., Li, X., Qiao, S., Zhou, Y., & Shen, Z. (2019). Changes in sexual behaviors following diagnosis with HIV: Patterns and correlates among people living with HIV (PLHIV) in China. *AIDS Care*, 31(2), 238-242. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1487915>
- Ezeamama, A. E., Guwatudde, D., Wang, M., Bagenda, D., Brown, K., Kyeyune, R., Smith, E., Wamani, H., Manabe, Y. C., & Fawzi, W. W. (2016). High perceived social standing is associated with better health in HIV-infected Ugandan adults on highly active antiretroviral therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(3), 453-464. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9710-x>

- Fuster, M. J., Molero, F., de Montes, L. G., Agirrezabal, A., & Vitoria, A. (2013). HIV-and AIDS-related stigma: Psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *The Spanish journal of psychology, 16*.
- Garfin, D. R., Shin, S. S., Ekstrand, M. L., Yadav, K., Carpenter, C. L., Sinha, S., & Nyamathi, A. M. (2019). Depression, social support, and stigma as predictors of quality of life over time: Results from an Asha-based HIV/AIDS intervention in India. *AIDS Care, 31*(5), 563-571. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1563281>
- Garrido-Hernansaiz, H., & Alonso-Tapia, J. (2017). Social Support in Newly Diagnosed People living With HIV: Expectations and Satisfaction Along Time, Predictors, and Mental Health Correlates. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC, 28*(6), 849-861. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.06.007>
- Guevara-Sotelo, Y., & Hoyos-Hernández, P. A. (2018). Vivir con VIH: Experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente, 21*(39), 127-139.
- Iglesias Villarán, I., González Faraco, J. C., & León Leal, J. A. (2015). *Impacto del VIH en adolescentes y jóvenes: Análisis preliminar desde la Teoría Cultural del Consenso*. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/11796>
- Infante, C., Zarco, Á., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México, 48*, 141-150.
- Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, A., Shenkman, T., Smith, S., Koopman, C., & Gore-Felton, C. (2015). HIV-related stigma: Implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *African Journal of AIDS Research, 14*(1), 67-73. <https://doi.org/10.2989/16085906.2015.1016987>
- Kuznetsova, A. V., Meylaks, A. Y., Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., Yakovlev, A. A., Musatov, V. B., & Amirkhanian, A. G. (2016). Barriers and facilitators of HIV care engagement: Results of a qualitative study in St. Petersburg, Russia. *AIDS and Behavior, 20*(10), 2433-2443.
- Lifson, A. R., Workneh, S., Hailemichael, A., Demissie, W., Slater, L., & Shenie, T. (2015). Perceived social support among HIV patients newly enrolled in care in rural Ethiopia. *AIDS care, 27*(11), 1382-1386.
- Liu, H., Zhao, M., Ren, J., Qi, X., Sun, H., Qu, L., Yan, C., Zheng, T., Wu, Q., & Cui, Y. (2018). Identifying factors associated with depression among men living with HIV/AIDS and undergoing antiretroviral therapy: A cross-sectional study in Heilongjiang, China. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1020-x>
- Loutfy, M., Johnson, M., Walmsley, S., Samarina, A., Vasquez, P., Hao-Lan, H., Madhlabi, T., Martinez-Tristani, M., & van Wyk, J. (2016). The Association Between HIV Disclosure Status and Perceived Barriers to Care Faced by Women Living with HIV in Latin America, China, Central/Eastern Europe, and Western Europe/Canada. *AIDS Patient Care and STDs, 30*(9), 435-444. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0049>
- Lyons, A., Heywood, W., & Rozbroj, T. (2016). Psychosocial factors associated with resilience in a national community-based cohort of Australian gay men living with HIV. *AIDS and Behavior, 20*(8), 1658-1666. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1338-5>
- Maimaiti, R., Yuexin, Z., Kejun, P., Wubili, M., Lalanne, C., Duracinsky, M., & Andersson, R. (2017). Assessment of Health-Related Quality of Life among People Living with HIV in Xinjiang, West China. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 16*(6), 588-594. <https://doi.org/10.1177/2325957417729752>
- Mitchell, M. M., Nguyen, T. Q., Isenberg, S. R., Maragh-Bass, A. C., Keruly, J., & Knowlton, A. R. (2017). Psychosocial and service use correlates of health-related quality of life among a vulnerable population living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior, 21*(6), 1580-1587.

- Monteiro, S., Villela, W., Fraga, L., Soares, P., & Pinho, A. (2016). The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00122215. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00122215>
- Nevin, P. E., Frey, S., Lipira, L., Endeshaw, M., Niemann, L., Kerani, R. P., & Rao, D. (2018). «You are always hiding. It's the worst way to live.» Exploring Stigma in African Immigrants Living With HIV in a Large Northwest U.S. Metropolitan Area. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 29(3), 417-425. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.11.005>
- Nyamathi, A., Ekstrand, M., Heylen, E., Ramakrishna, P., Yadav, K., Sinha, S., Hudson, A., Carpenter, C. L., & Arab, L. (2018). Relationships among adherence and physical and mental health among women living with HIV in rural India. *AIDS and Behavior*, 22(3), 867-876.
- Oliveira, F. B. M., Queiroz, A. A. F. L. N., Sousa, Á. F. L. de, Moura, M. E. B., & Reis, R. K. (2017). Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(5), 1004-1010. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0420>
- Parcesepe, A. M., Nash, D., Tymejczyk, O., Reidy, W., Kulkarni, S. G., & Elul, B. (2020). Gender, HIV-Related Stigma, and Health-Related Quality of Life Among Adults Enrolling in HIV Care in Tanzania. *AIDS and Behavior*, 24(1), 142-150. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02480-1>
- Pasipanodya, E., & Heatherington, L. (2014). Relationship satisfaction of HIV-positive Ugandan individuals with HIV-negative partners. *AIDS care*, 27, 1-4. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.985181>
- Pinho, A. de A., Barbosa, R. M., Brignol, S., Villela, W., & Monteiro, S. S. (2018). Drivers of sexual inactivity among women living with HIV and AIDS: Findings of the GENIH study in São Paulo, Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, 47(7), 1983-1993. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1110-6>
- Radusky, P., Zalazar, V., Aristegui, I., Sued, O., & Mikulic, I. M. (2017). Avances en la construcción del Inventario de Estigma relacionado con el VIH (IE-VIH) en Buenos Aires, Argentina. *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 17(2), 7-24.
- Reinius, M., Wiklander, M., Wettergren, L., Svedhem, V., & Eriksson, L. E. (2018). The Relationship Between Stigma and Health-Related Quality of Life in People Living with HIV Who Have Full Access to Antiretroviral Treatment: An Assessment of Earnshaw and Chaudoir's HIV Stigma Framework Using Empirical Data. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3795-3806. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2041-5>
- Rodríguez, E. C., & Moreno, R. del C. C. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. *MULTIMED*, 17(4). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/340>
- S, S., A, S., Kc, P., K, N., M, K. A., Sk, S., & M, J. (2019, abril). *Perceived social support, coping, and stigma on the quality of life of people living with HIV in Nepal: A moderated mediation analysis.* *AIDS Care; AIDS Care.* <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1497136>
- Sandí, W. G., & Chan, C. B. (2016). Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual del costarricense Tema I. SIDA/VIH. *Tecnología en Marcha*, 29(3), 117-131.
- Santiesteban Díaz, Y. M., Gala González, A., Aragonés López, C., & Pérez Avila, J. (2017). Dinámica de adquisición de VIH: Definiciones desde seropositivos cubanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 44-54.
- Secor, A. M., Wahome, E., Micheni, M., Rao, D., Simoni, J. M., Sanders, E. J., & Graham, S. M. (2015). Depression, substance abuse and stigma among men who have sex with men in

- coastal Kenya. *AIDS (London, England)*, 29 Suppl 3, S251-259. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000846>
- Shah, K., McMahon, J. M., Trabold, N., Aidala, A. A., Chen, M., Pouget, E. R., Simmons, J., & Klostermann, K. (2015). Determinants of physical and global functioning in adult HIV-positive heterosexual men. *AIDS care*, 27(9), 1079-1086.
- Siegel, K., Meunier, É., & Lekas, H.-M. (2018). The experience and management of HIV stigma among HIV-negative adults in heterosexual serodiscordant relationships in New York City. *AIDS care*, 30(7), 871-878.
- Tamayo-Zuluaga B., B., Macías-Gil Y, Y., Cabrera-Orrego R, R., Henao-Pelaéz JN, J. N., & Cardona-Arias JA, J. A. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias de la Salud*, 13(1), 9-23. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>
- Tran, B. X., Fleming, M., Do, H. P., Nguyen, L. H., & Latkin, C. A. (2018). Quality of life improvement, social stigma and antiretroviral treatment adherence: Implications for long-term HIV/AIDS care. *AIDS care*, 30(12), 1524-1531.
- Travaglini, L. E., Himelhoch, S. S., & Fang, L. J. (2018). HIV stigma and its relation to mental, physical and social health among Black women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3783-3794. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2037-1>
- Valle, V. A. L. D., Moscol, G. B. T., Landivar, N. del R. V., & Vega, M. B. G. (2018). Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(4), 48-69.
- Verma, S., & Lata, S. (2016). Hope and nutritional status in relation to psychosocial distress among HIV/AIDS orphans. *Journal of Psychosocial Research*, 11(2), 315-324.
- Zhang, C., Li, X., Liu, Y., Qiao, S., Zhang, L., Zhou, Y., Shen, Z., & Tang, Z. (2016). Emotional, physical and financial burdens of stigma against people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Care*, 28(sup1), 124-131. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146206>

Fecha de recepción: 27/03/2021

Fecha de revisión: 22/05/2021

Fecha de aceptación: 03/06/2021

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

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

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Fontana Hernández, A. S. & Martín Ayala, J. L. (2021). Creciendo en la adversidad: la resiliencia del estudiantado con discapacidad en la Universidad Nacional, Costa Rica. *MLS Psychology Research* 4 (1), 39-58. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.657.

CRECIENDO EN LA ADVERSIDAD: LA RESILIENCIA DEL ESTUDIANTADO CON DISCAPACIDAD EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL, COSTA RICA

Angélica del Socorro Fontana Hernández

Universidad Internacional Iberoamericana (México)

angelica.fontana@doctorado.unini.edu.mx

Juan Luis Martín Ayala

Universidad Europea del Atlántico (España)

juan.martin@uneatlantico.es · <https://orcid.org/0000-0002-7461-2857>

Resumen. Este artículo se deriva de la investigación de Tesis Doctoral sobre resiliencia, discapacidad y educación superior. El diseño del estudio es mixto, de tipo explicativo secuencial con una estrategia de investigación que integra el enfoque investigativo cuantitativo y cualitativo. El propósito de la investigación es caracterizar la resiliencia del estudiantado con discapacidad que le permite enfrentar las barreras en la educación superior con el fin de establecer los factores de enclave para el diseño de una ruta de acompañamiento resiliente. Se emplearon distintas técnicas de indagación tales como la escala de resiliencia SV-RES60, un cuestionario y una entrevista. Se contó con la participación de 110 estudiantes (55 regulares y 55 egresados) que cursan o han cursado una carrera en la UNA del año 2000 al 2020. Se realiza un análisis descriptivo y comparativo mediante herramientas básicas de estadística y con apoyo del programa SPSS permitió cuantificar y caracterizar la información recabada; asimismo establecer patrones de relación por grupos de estudio complementando con argumentación, testimonios y teoría indagada. Se concluye que el estudiantado con discapacidad presenta un estado resiliente durante su formación universitaria ante la presencia de las barreras estructurales que obstaculiza su desarrollo personal, académico y social. A partir de los resultados se justifica la actualización del personal docente y los servicios de apoyo sobre los modelos de promoción de la resiliencia y la implementación de una ruta de acompañamiento resiliente que se deriva de este estudio.

Palabras claves: educación superior, discapacidad y resiliencia.

GROWING UP IN ADVERSITY: THE RESILIENCE OF STUDENTS WITH DISABILITIES AT THE NATIONAL UNIVERSITY, COSTA RICA

Abstract. This article is derived from the research of the Doctoral Thesis on resilience, disability and higher education. The study design is mixed, sequential explanatory type with a research strategy that integrates the quantitative and qualitative research approach. The purpose of the research is to characterize the resilience of students with disabilities that allows them to face barriers in higher education in order to establish the enclave factors for the design of a resilient accompaniment route. Different inquiry techniques were used, such as the SV-RES60 resilience scale, a questionnaire, and an interview. 110 students participated (55 regular and 55 graduates) who are studying or have completed a career at UNA from 2000 to 2020. A descriptive and comparative analysis is carried out using basic statistical tools and with the support of the SPSS program. quantify and characterize the information collected; also establish relationship patterns by study groups complementing with argumentation, testimonies and the theory investigated. It is concluded that students with disabilities present a resilient state during their university training in the presence of structural barriers that hinder their personal, academic and social development. Based on the results, the updating of the teaching staff and the support services on the models for promoting resilience and the implementation of a resilient accompaniment route derived from this study is justified

Keywords: higher education, disability and resilience

Introducción

El siglo XXI es el inicio de las grandes transformaciones sociales, derivadas de las crisis económicas, ecológicas y de la ética. Por esta razón, emergen nuevas formas de resiliencia en todos los niveles de la sociedad para sobrevivir a la tristeza, la impotencia y a la falta de un porvenir, por los escasos valores y posturas colectivas.

La educación inclusiva, surge como una respuesta pedagógica innovadora en este siglo para responder a la diversidad estudiantil y su inclusión social. Desde esta perspectiva, se valora la diversidad como fuente de riqueza y no como alteridad, desorden, anormalidad, locura, enfermedad, marginalidad, pobreza, discapacidad; favoreciendo de esta forma, la construcción de un marco axiológico (tolerancia, el respeto, la solidaridad, la justicia, la igualdad, la equidad entre otros) sustentado en los derechos humanos.

La educación, al concebirse como un derecho, contempla oportunidades equivalentes de aprendizaje para todos sin menoscabo de las diferencias individuales en términos de capacidades, habilidades, condiciones sociales y culturales (Operti, 2008).

A partir de la década de los 90, las instituciones de educación superior a nivel internacional impulsaron la inclusión de las personas con discapacidad respondiendo a la legislación vigente (IESALC/UNESCO, 2005). Más reciente, con el enfoque del Desarrollo Sostenible (DS), específicamente, el Objetivo 4 Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad durante toda la vida para todos (UNESCO, 2015).

Se presenta, entonces, para las universidades públicas y privadas de América Latina y el Caribe (ALC), en forma particular de Costa Rica, como desafío la renovación de la oferta educativa y sus planes de estudio congruentes con los principios de la educación inclusiva, la perspectiva humanista, el pensamiento complejo, crítico y sistémico, las corrientes pedagógicas constructivistas y los avances en la neuroeducación.

Además, la Comisión Regional de Educación Superior (CREES) de ALC señala que la permanencia y el progreso de la población estudiantil es un desafío en la educación superior, puesto que exige un análisis de los factores asociados al rezago académico, la deserción y el abandono en la región (Henríquez, 2018).

Es necesario, entonces prestar atención a los múltiples factores que limitan el cumplimiento de la legislación vigente y las políticas educativas en la educación superior de Región ALC (Rama, 2006 y Paz, 2018). Este fenómeno de invisibilidad de las personas con discapacidad en la ALC se puede apreciar en otros países europeos, tal como lo señala Echeita (2006) la aceptación de las desigualdades sociales como un hecho normal en las sociedades, que ya no se inmutan ante la pobreza, la mendicidad, el abuso y hasta la muerte.

El modelo social de la discapacidad, perspectiva que comparte esta investigación, enfoca la situación de estas personas desde una mirada social y política. Es por esto, que la discapacidad se concibe como un concepto que evoluciona y se encuentra en estrecha relación con los elementos del entorno, por su relación interactiva con las personas con discapacidad, estos pueden obstaculizar o facilitar su desarrollo personal e inclusión social. (ONU, 2006)

En este sentido, Palacios (2008) indica que “las causas que origina la exclusión de las personas con discapacidad no son religiosos ni científicas, sino que son, en gran medida sociales” (p. 26), las cuales definen su valoración y participación en la sociedad.

Desde esta perspectiva, se consideraba a la persona con discapacidad como sujeto con derechos y que requiere servicios, por lo cual, debe tener un papel en la planificación y desarrollo de los mismos. Se pretende, entonces, la aceptación de las diferencias de las personas y los ajustes del entorno social que facilitarían su integración y su participación en la sociedad, lo cual, generó un cambio en el ámbito de las concepciones, así como, en las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad.

Es pertinente, entonces, reflexionar sobre las condiciones en el contexto educativo que generan exclusión social y educativa a la población estudiantil, en forma particular, al grupo que presenta una discapacidad.

Desde una visión de accesibilidad universal, De Asís Roig (2005) plantea que las barreras se refieren a “todo obstáculo que dificulte o impida, en condiciones de igualdad de oportunidades y de plena participación, el acceso de las personas a alguno/s de los ámbitos de la vida social” (p. 51), destacado la interrelación entre las barreras para el aprendizaje y la participación y las condiciones de accesibilidad de los entornos educativos.

Las barreras en la educación superior, es un fenómeno estudiado desde hace tres décadas en el contexto europeo y en Estados Unidos, tales como, Konur (2006) Abu-Hamour (2013); Cotán (2015), Morgado et al (2016).

En el contexto de ALC se encuentran los estudios de López (2016), Ocampo (2013) Salinas et al (2013), Corrales et al (2016) Forgiony (2019). En la educación superior de Costa Rica Ramírez (2011), Stiller y Gross (2012), Gross (2016) Torres (2013) Vargas (2012- 2013) evidencian que las barreras prevaecientes limitan el ingreso y la permanecían de la población estudiantil, lo que implica que la transición de la formación secundaria a la universitaria sea difícil para estudiantes con discapacidad corroborando lo indicado en los informes de organismos internacionales (Brunner y Miranda, 2016, Henríquez, 2018).

En este sentido, es importante destacar la pertinencia de esta investigación, la cual, podrá contribuir con información valiosa acerca de la capacidad de resiliencia del estudiantado ante las barreras estructurales en la educación superior con el fin de generar formas de acompañamiento en su formación universitaria.

Planteamiento del problema

Las oportunidades de ingresar a la educación superior de Costa Rica y concluir una carrera han tenido notable expansión en los últimos cuarenta años en Costa Rica. En el IV Informe del Estado de la Educación Costarricense, para el año 2016 la cobertura de las universidades se ha ampliado entre los jóvenes de 18 a 24 años de la región Central, zonas urbanas y entre las mujeres (PEN, 2017).

A pesar del sustento legal prevaleciente, de acuerdo con el Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS/ INEC, 2018) este grupo presenta menores niveles de instrucción que la población sin discapacidad.

Es por esto, que la atención a la diversidad en la educación superior conlleva al desafío de generar las condiciones de accesibilidad que permita la construcción de un entorno universitario inclusivo, sin barreras, ni prejuicios o acciones de discriminación o exclusión (Calvo, 2009).

De acuerdo con el VI Informe del Estado de la Educación (PEN, 2017) cada universidad pública de Costa Rica aplica medidas para mejorar el acceso de las poblaciones en condición socioeconómica vulnerable. Solo la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Universidad Nacional (UNA), coordinan la aplicación de la Prueba de Admisión Académica (PAA).

La Universidad Nacional, contexto donde se realiza esta investigación, desde hace más de tres décadas, cuenta con programas e iniciativas académicas para la inclusión educativa del estudiantado con discapacidad congruentes con los principios y fines de una formación integral según el Estatuto Orgánico (UNA, 2016).

Para responder a los requerimientos de esta población estudiantil, la UNA cuenta con la Comisión Institucional en Materia de Discapacidad (CIMAD), la Unidad de Servicios de Apoyo (USA) y otras instancias de apoyo institucional que velan por la igualdad de oportunidades y las condiciones de accesibilidad para las personas con discapacidad establecido lineamientos y procedimientos institucionales para el apoyo y seguimiento en su formación universitaria.

A partir de lo mencionado, se esperaría que la UNA cuente con las condiciones de accesibilidad idóneas para la población estudiantil. No obstante, de acuerdo con el Diagnostico Institucional (Fontana et al, 2012-2015) prevalecen en el contexto universitario barreras actitudinales, conceptuales y estructurales que obstaculizan la inclusión, la permanencia y la graduación del estudiantado con discapacidad reflejando una contradicción con la legislación internacional y nacional vigente que aboga por la igualdad y la equidad de oportunidades, educación para todos y educación inclusiva.

Ante un contexto universitario, que no incluye a la diversidad por sí mismo, el tema indagado la resiliencia del estudiantado con discapacidad en la educación superior, es pertinente para los estudios actuales porque permitirá develar la relación sistémica entre el desarrollo individual y social de las personas.

El concepto de resiliencia es amplio y muy estudiado, cuenta con teorías desarrolladas según el momento histórico y con modelos de acuerdo con los entornos de aplicación.

De acuerdo con los estudios, el concepto ha experimentado cambios importantes desde que surgió en la década de los años 60. Al inicio se concibe, como una característica innata de las personas, luego las investigaciones transitan desde un enfoque centrado en la dimensión individual hasta una perspectiva en la dimensión social y holística; asimismo con una forma de intervención y prácticas de promoción.

Actualmente, la resiliencia es concebida como un proceso de construcción social, donde confluyen tanto variables personales y contextuales que tienen una interrelación dinámica y creativa ante los acontecimientos adversos. Es decir, la resiliencia entendida “como un proceso que se construye en y desde lo social, lo relacional y los esquemas humanos, aunque dicho proceso se manifieste en comportamientos individuales, familiares, sociales y organizacionales” (Madariaga et al, 2014, p. 12).

En los procesos de construcción social, la resiliencia se encuentra mediada por las historias de vida de cada persona y los contenidos culturales propios de su contexto, que por supuesto condicionan la resiliencia emergente que permitirá nuevas formas de interpretación de las situaciones adversas que enfrentan.

La resiliencia se construye en y con el entramado social, desde esta perspectiva en la educación superior la potenciación de las capacidades resilientes les concierne a todos los miembros de la comunidad universitaria, en esta dinámica, tiene un rol significativo los servicios de apoyo institucional por su un papel esencial en el acompañamiento del estudiantado con discapacidad.

Es por lo anterior, que el paradigma de la resiliencia permite una nueva mirada de las personas, su vida y de la realidad sociocultural, lo que conduce a replantear las formas de apoyo y seguimiento en la formación universitaria.

De acuerdo con la revisión de la literatura, se encuentran estudios previos en el ámbito internacional (Cedeño e Intriago, 2018; Maitta et al, 2018; Moriña y Melero, 2016 y Suriá et al, 2015), los cuales exponen la necesidad de profundizar en el conocimiento de la resiliencia del estudiantado con discapacidad.

Los estudios realizados sobre resiliencia antes presentados, comprobaron que lo que marcó la diferencia, fue la influencia positiva, una relación cariñosa y estrecha con un *adulto significativo/un tutor de resiliencia* para que las personas en condiciones de vulnerabilidad pudieran superar sus adversidades.

Al tener esta figura del tutor de resiliencia amplias aplicaciones en el entorno educativo, se deben considerar los resultados de investigaciones recientes, tales como la de Pérez et al (2010) para la implementación de programas de formación docente en la educación superior e implementación de servicios de apoyo con un enfoque resiliente.

No obstante, el fenómeno de resiliencia en la UNA es poco explorado, solo se encuentra el trabajo de Garro y Perez (2018) y sus resultados no inciden en las políticas universitarias, las directrices y los procedimientos para promover un acompañamiento resiliente, capaz de innovar los servicios de apoyo que proporcionan actualmente.

Método

La metodología seguida en la investigación se enmarca en el paradigma naturalista con un diseño mixto, de tipo explicativo secuencial (Hernández et al, 2014).

En la estrategia de investigación, la primera etapa es cuantitativa y la segunda cualitativa con la integración de los datos recabados mediante la explicación e interpretación de las relaciones que emerjan según las variables abordadas, lo cual permitirá obtener una visión más comprensiva de los recursos de resiliencia del estudiantado con discapacidad ante las barreras estructurales en el contexto universitario.

Se contó con la participación de 110 estudiantes (55 egresados y 55 regulares) seleccionados mediante muestreo intencional, tomando en cuenta, la condición de discapacidad (sensorial, físico-motora, intelectual y psicosocial) y otras condiciones (dificultades específicas) que cursan o cursaron una carrera en la UNA del año 2000 al 2020 con edades que oscilan de los 20 a 54 años y la mayoría proviene de la zona urbana de Costa Rica, quienes se encontraban en disposición de participar en el estudio.

A fin de recabar la perspectiva del estudiantado universitario, se aplicó la escala de resiliencia SR-RES60 que consta de 60 ítems distribuidos en 12 factores que se agrupan en 4 ámbitos de profundidad que van desde las condiciones base (sistema de creencias y valores culturales), la visión de sí mismo, la visión del problema hasta la conducta resiliente (respuesta evidente).

También se empleó un cuestionario conformado por tres partes con preguntas abiertas y cerradas. La primera parte abordaba información general y la segunda contiene 6 preguntas acerca de las barreras en la formación universitaria, las formas de enfrentarlas y los servicios de apoyo institucional. La tercera parte consta 10 preguntas sobre resiliencia, estrategias y recomendaciones. Estos instrumentos fueron elaborados por la investigadora y validados por criterios de jueces (académicos de la UNA con especialidad en psicología y educación especial).

Para el análisis de la información, en la primera fase cuantitativa se realizará un análisis descriptivo empleando herramientas básicas como los gráficos y la tablas. El proceso investigativo se lleva a cabo en forma cíclica mediante la organización y registro de la información en matrices (hoja de cálculo) según la temática abordada. A partir de esta base y con el soporte del programa estadístico (SPSS) versión 25 (IBM, 2019) posibilitó la cuantificación y caracterización de los datos sobre las barreras en la educación superior, los recursos de resiliencia del estudiantado con discapacidad y los servicios de apoyo institucional que reciben en su formación universitaria. Se establecen patrones de relación según los aspectos divergentes y convergentes por grupos de estudio y se complementa con la argumentación, la inclusión de testimonios y la contrastación con el referente teórico y el conocimiento adquirido por la experiencia de la investigadora.

Para efectos de este artículo se presenta los resultados generales de la etapa cuantitativa.

Resultados

A continuación, se presenta los resultados obtenidos en el estudio ordenados según las variables abordadas.

Barreras en la educación superior

De acuerdo con la percepción del estudiantado participante en el estudio, un 96.46 % indica que enfrenta diferentes barreras durante su formación universitaria y un 3.54% de los estudiantes egresados indicaron que no enfrentaron barreras durante; sin embargo, mencionan al menos un obstáculo en la metodología y evaluación de los cursos de las carreras en que se graduaron y en el acceso a la plataforma virtual de la UNA.

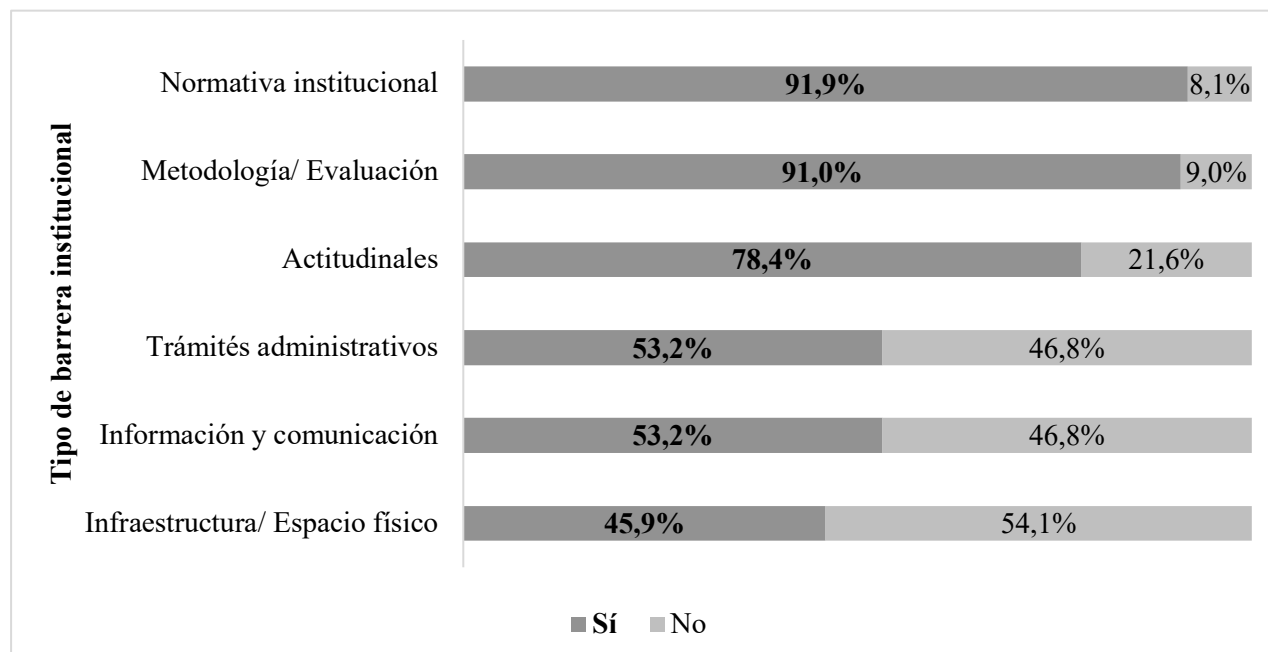


Figura 1. Tipo de barrera institucional en la formación del estudiantado con discapacidad en la Universidad Nacional- UNA en el año en el año 2020, variable 1 cuestionario pregunta 2 N110

En forma general, en la Figura 1 se destaca que un 91,90 % del estudiantado universitario señala que la UNA no se cumple con la normativa internacional, nacional e institucional sobre acceso a la educación superior de las personas con discapacidad en condiciones de equidad; lo cual se refleja en la docencia universitaria, ya que un 91% de estudiantes señalan que la metodología y la evaluación de los cursos presenta persistentes barreras que limitan su aprendizaje y su desarrollo académico.

En el ámbito de las actitudinales, un 78,40% del estudiantado universitario menciona que ha enfrentado gestos y expresiones despreciativas, asimismo tratos discriminatorios por su condición de discapacidad incidiendo en la parte socioemocional y en la interacción con sus pares.

Con un porcentaje semejante, en el ámbito de la comunicación e información y en los trámites administrativos en la universidad, un 53,20% del estudiantado menciona barreras que limitan su participación de forma autónoma y los obliga a solicitar apoyo de otra persona que no necesariamente muestra disposición e interés de colaborar, lo que genera preocupación y ansiedad.

Y para un 45,90% del estudiantado universitario usuario de sillas de ruedas o con una deficiencia visual, las barreras en la infraestructura y el espacio físico de la universidad obstaculizan su movilidad y desplazamiento en el campus universitario.

En cuanto al significado de las barreras, un 50,45% del estudiantado indica que son un problema que tienen que enfrentar en su formación universitaria generadas por el incumplimiento de las normativas vigentes, la falta de las condiciones de accesibilidad y de capacitación al personal docente y administrativo de la UNA sobre discapacidad y educación inclusiva. Mientras que para un 49,55% del estudiantado las barreras son una oportunidad para crecer como persona, son retos que se deben superar, luchas por realizar, brechas que cerrar y buenas experiencias de vida; de esta forma lo explica un estudiante: *“Al inicio las barreras son obstáculos, pero las circunstancias cambian y se convierten en retos para enfrentarlos y seguir adelante”* (R 18)

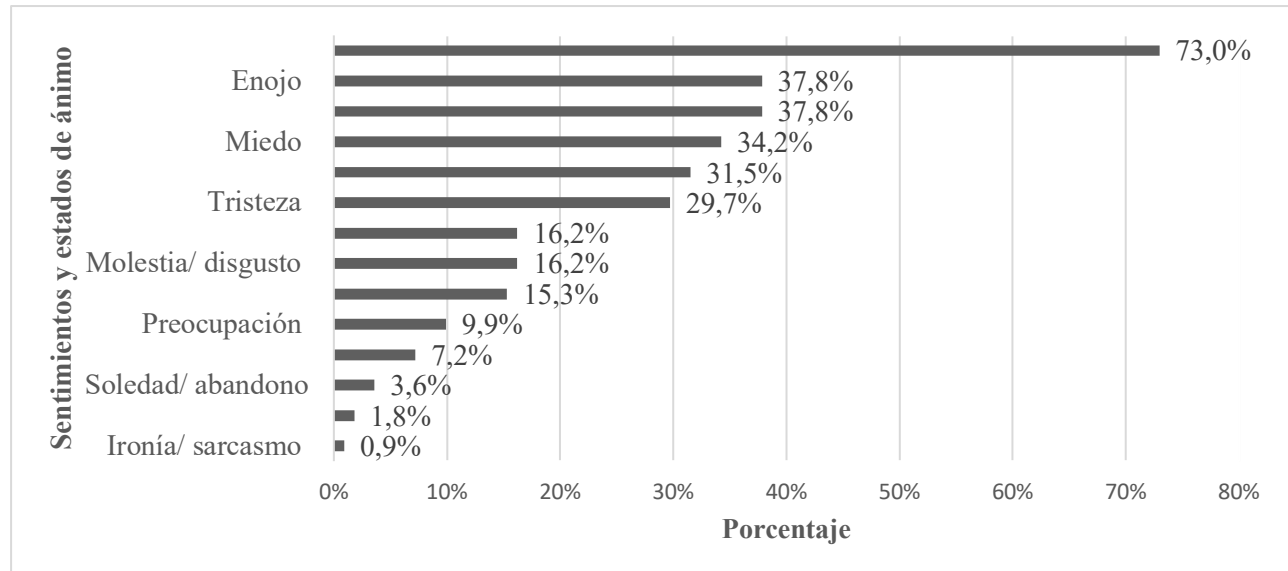


Figura 2. Sentimiento y estados de ánimo ante las barreras en la formación universitaria del estudiantado con discapacidad en el año 2020; variable 1 cuestionario pregunta 3 N 110

En la Figura 2, se muestra que el estudiantado participante del estudio experimenta sentimientos de malestar ante las barreras en su formación universitaria, un 73% siente frustración ante la situación imperante, lo cual les genera enojo e impotencia, miedo, tristeza e indignación que repercuten en su estado emocional y la calidad de las interacciones sociales.

Por otra parte, solo un 3,60% del estudiantado participante señala que las barreras en su formación universitaria son una fuente de motivación y de coraje para seguir adelante, así se expresa un estudiante: *“Me genera deseos de superación en cierta manera un aprendizaje, no obstante, esto es subjetivo, puesto que está sujeto a la personalidad y a la magnitud y características de la barrera”* (R 2).

Resiliencia en la educación superior

De acuerdo con los resultados de la investigación el 100% del estudiantado afirma ser una persona resiliente porque han podido enfrentar y superar las adversidades en sus vidas, los deseos de superación la lucha constante que ha tenido ante las barreras en su vida universitaria les ha permitido salir adelante con sus estudios de una manera optimista y con una visión positiva de su futuro.

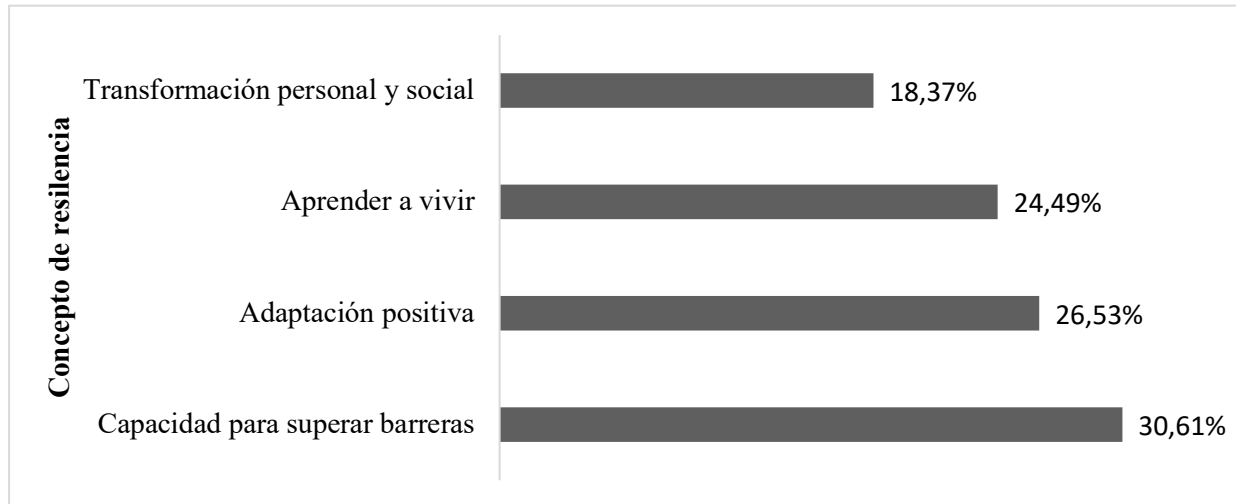


Figura 3. Conceptos de resiliencia del estudiantado con discapacidad en la Universidad Nacional en el año 2020, variable 3 cuestionario pregunta 7 N110

En la Figura 3, se aprecia que el 30,61% del estudiantado universitario considera que la resiliencia es una capacidad para superar las adversidades de la vida que constituyen esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales. Un 26,53% se enfoca en el proceso de adaptación positiva ante las barreras o circunstancia de la vida para dar una respuesta flexible con apoyo de la familia, amigos y otras personas.

Para el 24,49% del estudiantado la resiliencia consiste en aprender a vivir visualizando algo positivo, mejor, deseable y diferente para superar las barreras y construir alianzas; y un 18,37% resaltan el proceso de transformación personal y social en sus vidas expresando: *“La resiliencia es un proceso de transformación que se ha ido construyendo en mí vida a lo largo de las etapas vividas.”* (R 3).

Tabla 1

Porcentaje de estudiantes participante en el estudio según la característica resiliente en el año 2020

Características resilientes *	Porcentaje **
Estudiosa (o) / dedicada en el estudio	39,14 %
Inteligente / capacidad para aprender	32,43 %
Empático(o) / comprender la situación de la persona	27 %
Esforzada (o) / valor para emprender	23,42 %
Responsable/ cumple con sus obligaciones/ puntual	23,42 %
Proactiva / gestiona alternativas y soluciones	16,22 %
Optimista / actitud positiva en la vida	13,51 %
Creativo (a) / imaginación e inventiva	13,51 %
Tolerante / aceptación del situaciones o personas	13,51 %
Disciplinado /ordenado	12,61 %
Respetuosa (o) / consideración hacia la persona	11,71 %
Humilde / conoce su cualidades y debilidades	11,71 %
Resiliente / adaptación y transformación	10,81 %
Valiente / fuerte con coraje	10,81 %

Nota: *En cada característica se incluye la interpretación del grupo de participantes

**Se incorpora solo las características que representan un 10% de grupo de participantes

Variable 3, cuestionario pregunta 9 N 110

Como se aprecia en la Tabla 1, el estudiantado universitario identifica características que lo definen como una persona resiliente. En el área académica, se destacan los rasgos, tales como ser estudioso, inteligente, esforzado, responsable, proactivo, creativo y disciplinado evidenciado la importancia de la educación en sus vidas, específicamente la formación universitaria.

En el área socioemocional, los rasgos que resaltan son la empatía, el optimismo, la tolerancia, el respeto y la humildad, la resiliencia y la valentía que les permite enfrentar las barreras en el ámbito personal, familiar, social y educativo, adaptarse y mantener una vida saludable.

Con relación a las fuentes de motivación para continuar con los estudios, el 50,45% del estudiantado señala que el apoyo de la familia y amistades es fundamental en sus vidas por la ayuda económica y soporte emocional. Un 48,54% indica que la carrera seleccionada en la universidad es un motivo para alcanzar un futuro mejor a pesar de las barreras instituciones.

Para un 47,75% del estudiantado universitario, la motivación interior que posee durante su formación universitaria es otro factor esencial para alcanzar las metas académicas, personales y sociales. Un 31,53% considera que los servicios de apoyo institucional constituyen un motivo que les permite permanecer en la universidad por el acompañamiento que reciben tanto en el ámbito académico, social y emocional develando su importancia en la formación universitaria; así lo

expresan un estudiante: “El apoyo del proyecto UNA Educación de Calidad es un aliciente para buscar alternativas cuando se tiene problemas o bien compartir con mis otras personas.” (E 15)

Y un 29,73% del estudiantado menciona que las creencias y los valores adquiridos en su vida, son una razón para continuar adelante con sus estudios, así se indica: “Creo en la espiritualidad, a pesar de no practicar ninguna religión. Creo en esa luz que nos protege a todos, que, aunque no conozca su forma, nombre o lugar, sé que está ahí y que tenemos que estar cerca de ella con nuestro corazón transparente, libre de rencores y lleno de amor.” (E 1).

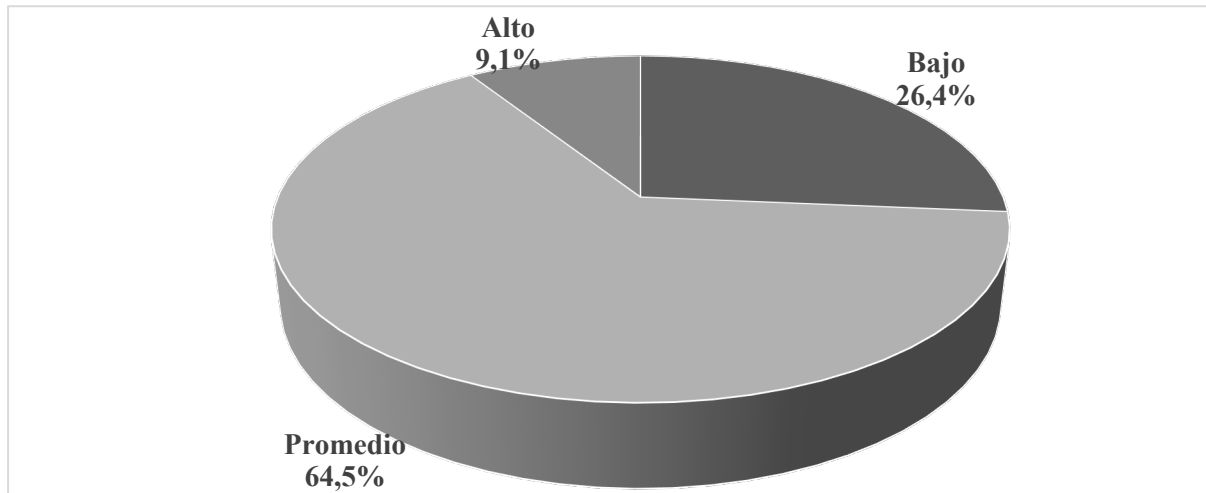


Figura 4. Nivel de resiliencia del estudiantado con discapacidad de la Universidad Nacional según la escala SV- RES60 en el año 2020, variable 3 N 110

En la Figura 4, se observa que un 64,50 % obtiene un nivel promedio de resiliencia con un rango 33 a 74 puntos según la escala SR- RES60 y un 9% alcanza un nivel alto con un rango de 71 a 90 puntos. Una menor parte de estudiantes y un 26,40% obtiene un nivel bajo de resiliencia con un rango 3 a 24 puntos.

Por otra parte, al comparar los grupos de estudio, se aprecia que el estudiantado egresado obtiene mayores puntajes en las tres dimensiones de resiliencia (Yo soy / Yo estoy 59,20% egresados y 43,4% regulares; Yo tengo 59,2% egresados y 46,2% regulares; Yo puedo 44,46% egresados y 42,2%).

Tabla 2

Porcentaje de los factores de resiliencia en la dimensión visión del problema según la escala SV-RE60 y por grupo de estudio en el año 2020

Estructuración de la conciencia Saavedra y Villalta (2008)	Factor de resiliencia por grupo de estudio		
	Porcentaje	Regular %	Egresado %
	3. Satisfacción	13,50	21,50
Visión del problema	7. Modelos	38,80	59,90
	11. Aprendizaje	14,20	20,40

Nota. V 2 Factores de resiliencia N 110

En la Tabla 2, se aprecia que el estudiantado universitario participante obtiene un bajo nivel en dos factores que contribuyen a la *visión de abordaje del problema* para la construcción de la resiliencia, poniendo en evidencia que, en ambos grupos de estudio, continúan percibiendo las situaciones adversas como problemas que les genera insatisfacción y pocas posibilidades para aprender.

Estrategias de resiliencia en la educación superior

De acuerdo con los resultados de este estudio, el **100 %** del estudiantado participante afirma emplear diferentes estrategias de resiliencia en su formación universitaria.

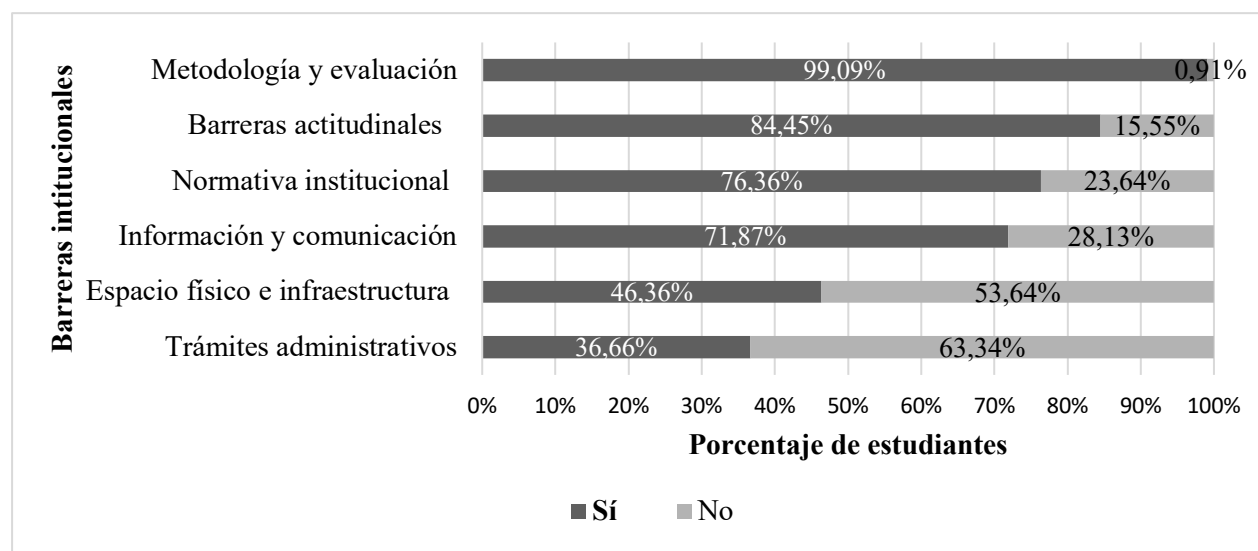


Figura 5. Estrategias de resiliencia del estudiantado con discapacidad de la Universidad Nacional, variable 3 cuestionario pregunta 11 N 110

En la Figura 5, se observa que el estudiantado universitario ante la prevalencia de barreras estructurales emplea diferentes estrategias de resiliencia, siendo estas en su mayoría respuestas individuales según su condición personal y social reflejando su capacidad de autodeterminación, autonomía y pragmatismo para gestar los apoyos requeridos siendo estos resultados congruentes con los obtenidos en la escala de resiliencia SV RES60 (Figura 4).

Con relación a las personas de confianza con que cuenta el estudiantado para enfrentar las barreras en su formación universitaria un 88,99% indica que recurre a sus pares cuando se le presenta una dificultad o tiene que resolver diversas situaciones en su estudio; en forma particular, el estudiantado universitario con una deficiencia visual (ceguera o baja visión) el apoyo de sus pares de carrera es fundamental para desplazarse en el campus universitario; asimismo para orientarse en las sesiones de clase y elaborar trabajos.

Un 63,30% indica que encuentran en su familia y amistades el apoyo económico, emocional y en muchas ocasiones el académico que requieren en su formación universitaria. Este grupo de estudiantes indica que casi siempre un miembro de la familia (mamá, hermana o hermano) les colabora con la lectura de documentos, elaboración de materiales y transcripciones a Braille; de esta forma se expresa: *“Mi familia también es un gran apoyo. Representan un gran apoyo económico y emocional. Incluso en algunas ocasiones me ayudan a elaborar materiales didácticos.” R.1*

Si las situaciones adversas lo ameritan, un 40,37% del estudiantado universitario recurre al Proyecto UNA Educación de Calidad y un 3,67% a la Oficina de Atención Estudiantil o Departamento de Orientación y Psicología. También, se destaca que un 30,28% acude al personal docente con el fin de buscar asesoría y colaboración para resolver conflictos en el ámbito curricular y académico (aplicación de los ajustes y respeto a sus derechos).

Se distingue que solo un 6,4% se acerca a los grupos de promoción estudiantil de la universidad, en forma particular de música y teatro con el fin de encontrar un espacio de apoyo y de recreación.

Servicios de apoyo institucional

De acuerdo con los resultados de la investigación, el estudiantado participante recibe diferentes servicios de apoyo durante su formación universitaria.

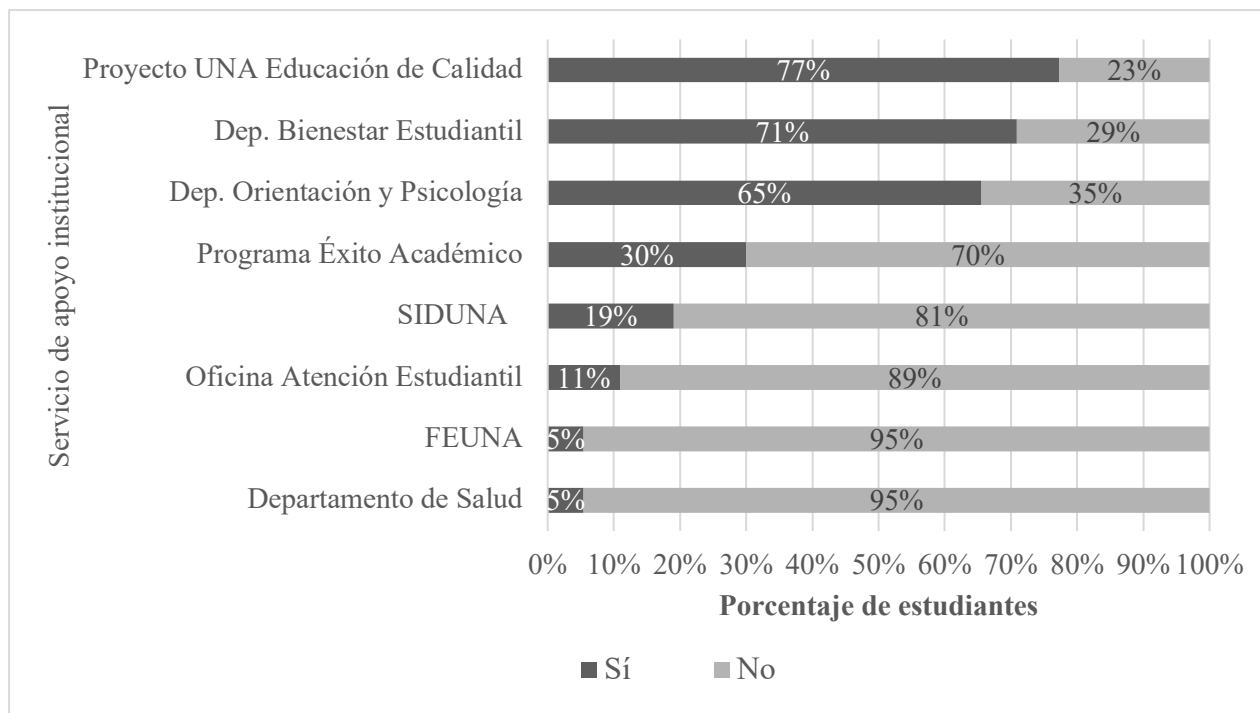


Figura 6. Servicio de apoyo institucional que recibe el estudiantado con discapacidad en la Universidad Nacional en el año 2020, variable 4, cuestionario pregunta 14 N 110.

Como se aprecia en la Figura 6, un 77% del estudiantado asiste al Proyecto UNA Educación de Calidad para el apoyo en el área académica (digitalización de materiales, apoyo individual para elaborar trabajos, acceder a equipo tiflotecnológico y otras acciones), un 65% al Departamento de Orientación y Psicología para seguimiento en psicopedagógica y psicología; asimismo un 30% al Programa de Éxito Académico para recibir tutoría en los cursos que les demanda mayor exigencia (matemática, química e inglés).

Una menor parte del estudiantado recurre a otros servicios, tales como al Sistema de Información y Documentación (SIDUNA un 19%) para la digitalización de documentos impresos, a la Oficina de Atención Estudiantil (11%) y a la Federación de Estudiantes (FEUNA) y al Departamento de Salud (un 5%).

Discusión y conclusiones

En este estudio se determina que las condiciones de inaccesibilidad prevalentes en la UNA lesionan los derechos del estudiantado con discapacidad y genera distintas formas de discriminación y exclusión con sus repercusiones emocionales y sociales, ya que se perciben como personas que debe adaptarse a una sociedad que no las integra por sí misma, a un contexto universitario que no vela por su permanencia y ni la conclusión de sus estudios evidenciando una contradicción con la visión y misión de la universidad y con los principios de humanismo e inclusión, los valores de equidad y respeto de la diversidad (UNA, 2016).

Se concluye que las barreras que enfrenta el estudiantado con discapacidad durante su formación universitaria son estructurales porque se encuentran tanto en la dimensión física, organizativo, administrativo y curricular de la universidad que obstaculiza su desarrollo personal, académico y social.

Estos resultados son coincidentes con estudios realizados en universidades de América Latina y Caribe (Henríquez, 2018) y con el Diagnóstico institucional sobre las construcciones del personal académico acerca de la discapacidad y las formas de apoyo y seguimiento en la UNA (Fontana et al, 2012 – 2015); asimismo con otros estudios de académicos (Torres, 2013 y Vargas, 2012- 2013).

La situación de inaccesibilidad no es ajena a otras universidades del país, de acuerdo con investigaciones realizadas por Gross (2016), Ramírez, 2021, Stiller, y Gross (2012) el estudiantado con discapacidad de la Universidad de Costa Rica (UCR) señala logros y carencias en la inclusión en la educación superior.

La presencia de barreras estructurales en la formación universitaria es un aspecto estresante para el estudiantado con discapacidad que supera en reiteradas ocasiones su capacidad cognitiva, emocional y conductual generando sentimientos de malestar y alterando su estado emocional que incide en el rendimiento académico y en la calidad de las interacciones con su pares, docentes y miembros de la comunidad universitaria.

Se concluye que el estudiantado con discapacidad se percibe como una persona resiliente porque ha podido enfrentar y superar las adversidades en su vida, el deseo de superación, la lucha constante ante las barreras en su formación universitaria les ha permitido salir adelante con sus estudios de una manera optimista y con una visión positiva de su futuro, tal como lo indican Luthar (2006), Forés y Grané (2016).

Estos resultados son congruentes con los obtenidos en la escala de resiliencia SV RES60 ya que mayoría del estudiantado participante presenta un nivel promedio de resiliencia (64% con rango 33 a 74 pts.) y un nivel alto (9% con un rango 75 a 90), los cuales son semejantes a la población general en otros estudios (Saavedra y Villalta, 2008; Saavedra et al, 2012).

Por su parte, el estudiantado universitario que presenta un nivel bajo de resiliencia (26,4% con rango 3 a 24 pts.) según la escala SV RES60, es factible que debe fortalecer las capacidades personales y sociales que les permita enfrentar las barreras del entorno universitario y construir estilos de vida cada vez más saludables ya que la resiliencia es una capacidad humana universal que se construye en y desde lo social (Madariaga et al, 2014).

A partir de la conceptualización sobre resiliencia, se identifican cuatro estadios a saber: el enfrentamiento con las barreras del entorno, la adaptación positiva, el aprendizaje para vivir con las circunstancias de vida y la realización y transformación, siendo estos procesos que reflejan las rutas de construcción y reconstrucción de la resiliencia en cada estudiante con discapacidad de forma individual y social para salir adelante con sus vidas.

El estudiantado cuenta con cuatro fuentes de resiliencia a saber: motivación interna (fortaleza interior), motivación externa (apoyo de familia), la carrera universitaria y los servicios de apoyo institucional que interactúan en forma dinámica y flexible en su vida propiciando el ingreso, la permanencia y la conclusión de los estudios en la educación superior constituyéndose en un proceso cíclico e inacabado según las diversas situaciones que enfrentarán en sus vidas (Pourtois, 2014).

A partir de los resultados de la escala de resiliencia SV RES60, se determina que el estudiantado egresado alcanza un mayor resultado en las tres dimensiones de resiliencia (*Yo Soy/Yo estoy, Yo tengo y Yo puedo* Grotberg, 1995) que el de grupo de estudiantes regulares. Lo anterior, es consecuente con la etapa adulta en que se encuentra, ya que les permite una forma particular de apropiarse de los sucesos en su vida, una capacidad afianzada en sus logros personales y profesionales, con vínculos y redes estables; asimismo con respuestas generativas más colaborativa y pausada.

Mientras que el estudiantado regular, obtiene un menor nivel de resiliencia en las dimensiones anteriores, lo cual es un resultado congruente con la etapa joven adulta en que se hallan explorando diferentes maneras para enfrentar las adversidades en sus vidas; con aspiraciones y proyectos por alcanzar, lo que les exige una respuesta generativa enfocada en sus metas académicas apoyándose en sus posibilidades personales y en los recursos de su entorno para concluir con éxito sus estudios que les permita una realización personal y profesional.

Se concluye que las posibilidades de aprender de las situaciones adversas siguen siendo un aspecto crítico en sus vidas en forma particular en la educación superior ya que en la dimensión de resiliencia visión del problema (barreras en la educación superior) ambos grupos de estudiantes presenta un bajo nivel en los factores: satisfacción y aprendizaje según la escala SV- RE60.

Ante las barreras estructurales en la UNA, se determina que el estudiantado genera respuestas resilientes mediante acciones individuales; es evidente, entonces la ausencia de una estrategia como grupo estudiantil que vele no solo por sus derechos en la educación superior y las condiciones de accesibilidad en la formación universitaria sino por su bienestar emocional, la potenciación de sus capacidades y su proyección social.

En la formación universitaria, se determina que el rol que desempeñan los pares (compañeros de cursos, amigos y estudiantes con discapacidad) y personas de confianza en los servicios de apoyo institucional en la construcción de la resiliencia es relevante porque les manifiestan empatía, mantienen una comunicación constante (celular), les sirven de guía y les dan recomendaciones para solventar las adversidades que pueden encontrar durante su formación universitaria.

Se concluye, entonces, que el estudiantado con discapacidad presenta un **estado resiliente** durante su formación universitaria, el cual, consiste en más que la suma de rasgos de personalidad ya que las características resilientes se modelan según la exigencia de cada etapa, en forma particular en la educación superior, tal como lo indica Connor y Davidson (2003).

A partir de los resultados del estudio, se justifica la actualización del personal académico y administrativo de la UNA y renovar la praxis de los servicios de apoyo institucional desde los modelos de promoción de la resiliencia comprometidos con la maximización del potencial humano y el bienestar. También, se pretende establecer los factores de enclave resiliente para la implementación de una ruta de acompañamiento en la Universidad Nacional.

Referencias

- Abu-Hamour, A. (2013). Faculty Attitudes toward Students with Disabilities in a Public University in Jordan. *International Education Studies* 6(12), 74-81. <http://dx.doi.org/10.5539/ies.v6n12p74>

- Brunner, J. y Miranda, D. (2016). *Educación superior en Iberoamérica Informe 2016*. Centro Interuniversitario de Desarrollo-CINDA. <https://cinda.cl/wp-content/uploads/2018/09/educacion-superior-en-iberoamerica-informe-2016.pdf>
- Calvo, I. (2009). Participación de la comunidad. En P. Sarto y M.E. Venegas (Cords.). *Aspectos clave de la Inclusión Educativa*. INICO. <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO22224/educacion-inclusiva.pdf>
- Cedeño, H. e Intriago, A. (2018). Afectividad en los sujetos con discapacidad y su relación con el género: un enfoque desde la resiliencia. *Espiraes revistas multidisciplinaria de investigación*, 2(14), 101-114.
<https://www.revistaespirales.com/index.php/es/article/view/194/136>
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.10113>
- Corrales, A., Soto, V. y Villafuerte, G. (2016). Barreras de aprendizaje para estudiantes con discapacidad en una universidad chilena. Demandas estudiantiles- Desafíos institucionales. *Revista de Actualidades de Investigación en Educación*, 16(3), 1-29.
<http://dx.doi.org/10.15517/aie.v16i3.25957>
- De Asís Roig, R. (2005). *El significado de la accesibilidad universal y su justificación en el marco normativo español*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Universidad Carlos III.
<https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/9895#preview>
- Echeita, G. (2006). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Narcea.
<http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol11num2/art5.pdf>
- Fontana, A., Vargas, M.C., Fernández, M. y Chavarría, S. (2012- 2015). *Diagnostico institucional sobre las construcciones del personal académico acerca de la discapacidad y las necesidades educativas, las formas de apoyo y seguimiento en la formación universitaria del estudiantado con discapacidad en la UNA*. Vicerrectoría de Investigación, Universidad Nacional, Costa Rica.
- Forés, A. y Grané, J. (2016). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. (6° ed). Plataforma Editorial. <https://www.plataformaeditorial.com/uploads/La-resiliencia.pdf>
- Forgiony, J. (2019). Análisis conceptual de las prácticas inclusivas en el aula, diversidad y convivencia escolar. *Aibi revista de investigación, administración e ingeniería*, 7(1), 36-40. <https://doi.org/10.15649/2346030X.504>
- Garro, M. y Peraza, F. (2018). *Estrategias de resiliencia del estudiantado en condición de discapacidad visual ante elementos que influyen en el bienestar estudiantil en el contexto de la Universidad Nacional en el Campus Omar Dengo: Un estudio desde la disciplina de la Orientación, en el año 2017*. [Tesis de Licenciatura en Orientación. No publicada]. Universidad Nacional de Costa Rica.
- Gross, M. (2016). Accesibilidad en el proceso educativo universitario. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 16(1), 1-17.
<http://dx.doi.org/10.15517/aie.v16i1.21920>

- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The International Resilience Project Bernard Van Leer Foundation. <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>
- Henríquez, P. (2018). (Coord.). *Tendencias de la educación superior en América Latina y el UNESCO- IESALC/ UNC*. <https://www.iesalc.unesco.org/2019/07/17/coleccion-cres-2018-tendencias-de-la-educacion-superior-en-america-latina-y-el-caribe-2018/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6 ed.) Mc Graw Hill Educación. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- IBM (2019). SPSS Statistics V25.0. https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB_25.0.0/statistics_kc_ddita/spss/product_landing.html
- Instituto Nacional de Estadística y Censo- INEC (2018). *Encuesta Nacional sobre Discapacidad ENADIS*. <https://www.inec.cr/encuestas/encuesta-nacional-sobre-discapacidad>
- Konur, O. (2006). Teaching disabled students in higher Education. *Teaching in Higher Education*, 11(3), 351-363. <https://doi.org/10.1080/13562510600680871>
- López, F. (2016). Educación Superior Comparada: Tendencias Mundiales y de América Latina y Caribe. *Revista da Avaliação da Educação Superior*, 21(1), 13-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772016000100002>
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. (3 Ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. (pp. 739-795). <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>
- Maitta, I, Pinargote, J., Alcivar, E. y Coello, E. (2018). Teaching resilience to People with visual disabilities. *International Research Journal of Management, IT & Social Sciences*, 5(1), 36-44. <https://doi.org/10.21744/irjmis.v5i1.592>
- Madariaga, J.M., Palma, M., Surjo, P., Villalba, C. y Arribillaga, A. (2014). La construcción social de la resiliencia. En J.M. Madariaga. (Coord.) *Nuevas Miradas sobre resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Gedisa. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/73040/1/2013_Rosser_Tejiendo-la-resiliencia-en-el-acogimiento-familiar.pdf
- Moriña, A. y Melero, N. (2016). Redes de apoyo sociales y académicas del estudiantado con discapacidad que contribuye a su inclusión en la enseñanza de la superior. *Revista Educación Inclusiva en la Sociología*, 16, 32-59. <https://revistaprismasocial.es/article/view/1252>
- Morgado, B. Cortés, M.D. López, R. Álvarez, E. y Moriña, A. (2016) Inclusive Education in Higher Education? *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16, 639–642. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12323>
- Ocampo, A. (2013). Inclusión de Estudiantes en Situación de Discapacidad a la Educación Superior. Desafíos y oportunidades. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 6(2), 227-23.

- http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5553/Inclusi%c3%b3n_de_estudiantes_en_situacion_de_discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031821475102217
- Operti, (2008). La Educación Inclusiva, perspectiva internacional y retos de futuro. XV Coloquio de Historia de la Educación. “La Educación Especial y Social del siglo XIX”. http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/Simposio_Pamplona-09_presentacion.pdf
- Organización de las Naciones Unidas- ONU (2006). *Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura- UNESCO (2005): *Guidelines for inclusion: Ensuring Access to Education for All*. París: UNESCO. http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/Guidelines_for_Inclusion_UNESCO_2006.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura- UNESCO (2015). *Declaración Incheon. Educación 2030. Hacia una educación inclusiva, equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos*. Incheon. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/ESP-Marco-de-Accion-E2030-aprobado.pdf>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008
- Paz, E. (2018) Situación actual de la atención a la diversidad en la educación superior de Honduras. *Revista Actualidades investigativas en Educación*, 18(3), 1-32. <https://doi.org/10.15517/aie.v18i3.34148>
- Pérez, García, Gil y Caballer, (2010). ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. In Jornadas de Fomento de la investigación. Universidad Jaume. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77669/forum_2009_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Programa Estado de la Nación (2017). *IV Informe de Estado de la Educación*. PEN. <https://www.estadonacion.or.cr/educacion2017/assets/ee6-informe-completo.pdf>
- Pourtois, J.P (2014). Los recursos de la resiliencia. En J.M Maradiaga (Coord) *Nuevas Miradas sobre resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Gedisa. <https://es.scribd.com/book/446032838/Nuevas-miradas-sobre-la-resiliencia-Ampliando-ambitos-y-practicas>
- Rama, C. (2006) La tercera reforma de la educación superior en América Latina y el Caribe: masificación, regulaciones e internacionalización. *Revista Educación y Pedagogía*, XVIII (46), 11-24. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/6875>
- Ramírez, M. (2011). Las dimensiones de accesibilidad en la Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, un acercamiento desde las perspectivas de discapacidad y género. *Revista Reflexiones*, 90 (2), 71-88. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/1461/32378>

- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Escala de resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos 15 a 65 años*. https://www.academia.edu/26343874/Saavedra_Villalta_SV_RES60_ESCALA_DE_RESILIENCIA_SV_RES
- Saavedra, E, Castro, A. y Saavedra, P. (2012). Autopercepción de los jóvenes universitarios y resiliencia: construcción de sus particularidades. *Katharsis*, 14, 89-105. <https://doi.org/10.25057/25005731.450>
- Salinas, M., Lissi, M.R, Medrano, D., Zuzulich. S. y Hojas, M. (2013). La inclusión de en la educación superior: desde la voz de estudiantes chilenos con discapacidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 63, 99-113. <https://doi.org/10.35362/rie630502>
- Stillier, L. y Gross, M. (2012). Accesibilidad en el proceso de admisión a la Universidad de Costa Rica, de la población estudiantil con necesidades educativas especiales asociadas o no a discapacidad. *Revista Educación*, 36(1), 73-81. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/453/9904>
- Suriá, R., García, J.M., Ortigosa, J.M. (2015). Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Psicología Conductual*, 23(1) 35-49. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57932/1/2015_Suria_etal_BehavioralPsychology.pdf
- Torres, J. (2013). *Inclusión y equidad de las personas con discapacidad en la Educación Superior Costarricense*. [Artículo especializado para optar el grado de Maestría Profesional en Ciencias de la Educación con énfasis en docencia]. Universidad Internacional San Isidro Labrador
- Universidad Nacional. (2016). Estatuto Orgánico. D.O. No. 03 Extraordinario. <https://documentos.una.ac.cr/bitstream/handle/unadocs/6693/ESTATUTO-ORG%c3%81NICO-UNA-digital.pdf>
- Vargas, M.C. (2012- 2013). *Influencia de los prejuicios de un sector de la población universitaria respecto a la discapacidad en la construcción de una cultura institucional inclusiva en la Universidad Nacional*. [Tesis Doctoral no publicada]. Universidad de Costa Rica.

Fecha de recepción: 20/05/2021

Fecha de revisión: 08/06/2021

Fecha de aceptación: 10/06/2021

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

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

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Sánchez Alonso, J. (2021). Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática. *MLS Psychology Research* 4 (1), 59-78. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.597.

DROGODEPENDECIA Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Javier Sánchez Alonso

Universidad Europea del Atlántico (España)

javier.sanchez1@alumnos.uneatlantico.es

Resumen. Introducción: La regulación emocional se ha relacionado con gran cantidad de trastornos mentales. Su definición ha tenido cierta controversia y distinciones según el autor. Se aportan dos modelos explicativos de la regulación emocional: el Modelo procesual de regulación emocional y el Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional. Asimismo, se explica la relación de esta habilidad con la población consumidora, y el estado actual de consumo en España. El objetivo de este estudio es estudiar la información científica más reciente, evaluar la utilidad de la regulación emocional para la prevención y la intervención en personas drogodependientes, y de manera más específica, identificar y analizar la relación existente, las técnicas evaluativas, y la muestra empleada. Método: La selección de artículos se ha realizado desde el año 2016 hasta 2020, estando estos relacionados con la regulación emocional y la población drogodependiente. Fueron ejecutadas búsquedas en Scopus y Psycinfo, utilizando los siguientes términos: “emotional regulation” AND “drug addiction”. Resultados: Del total de artículos potenciales, se seleccionaron 20 que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se destacan numerosas relaciones beneficiosas entre la regulación emocional y las personas drogodependientes, centrándose las investigaciones encontradas en poblaciones adultas. Asimismo, se distinguen y describen una serie de instrumentos empleados para la evaluación de la R.E. Discusión: En esta revisión se concluye que la regulación emocional tiene una gran influencia en la población drogodependiente, obteniéndose de su desarrollo numerosos beneficios, los cuales se dan a un nivel tanto de prevención como de intervención.

Palabras clave: regulación emocional, inteligencia emocional, drogodependencia, adicción, revisión sistemática.

DRUG DEPENDENCE AND EMOTIONAL DYSREGULATION: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract. Introduction: Emotional regulation has been linked to a large number of mental disorders. Its definition has had some controversy and distinctions according to the author. Two explanatory models of emotional regulation are provided: the emotional regulation process model and the emotional regulation model based on emotional processing. Likewise, the relationship of this ability with the consumer population and the current state of consumption in Spain are explained. The objective of this study is to study the most recent scientific information, evaluate the usefulness of emotional regulation for prevention and intervention in drug addicts, and more specifically, identify and analyze the existing relationship, the evaluative techniques, and the sample used. Method: The selection of articles has been made from 2016 to 2020, these being related to emotional regulation and the drug dependent population. Searches were carried out in Scopus and Psycinfo, using the following terms: "emotional regulation" AND "drug addiction". Results: Of the total number of potential articles, 20 were selected that met the established inclusion and exclusion criteria. Numerous beneficial relationships between emotional regulation and drug addicts stand out, focusing the research found in adult populations. Likewise, a series of instruments used for the evaluation of the emotional regulation. Discussion: In this review it is concluded that emotional regulation has a great influence on the drug-dependent population, obtaining numerous benefits from its development, which are given at a level of both prevention and intervention.

Keywords: emotional regulation, emotional intelligence, drug dependence, addiction, systematic review.

Introducción

La regulación emocional (R.E.) es clave en diversos trastornos como las adicciones, las conductas autolesivas, los trastornos del estado del ánimo o los trastornos de ansiedad, siendo encontrados en estos, estrategias disfuncionales de regulación (McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003; Gratz, 2003). En general, una persona con menos capacidad para regular sus emociones presentará dificultades en su vida diaria, apareciendo junto a estas, trastornos psicológicos; esto es debido a que las emociones tienen una función adaptativa al entorno, permitiendo facilitar la toma de decisiones y preparar al individuo para actuar (Gross, 1999).

Al analizar las publicaciones relacionadas con este tema, se observa un marcado aumento que se ve en los últimos años. Como se puede ver en la *figura 1*, los documentos publicados, relacionados con la regulación emocional; tienen un incremento gradual en los 20 últimos años, indicativo de que hay un mayor interés en lo que concierne a este tema.

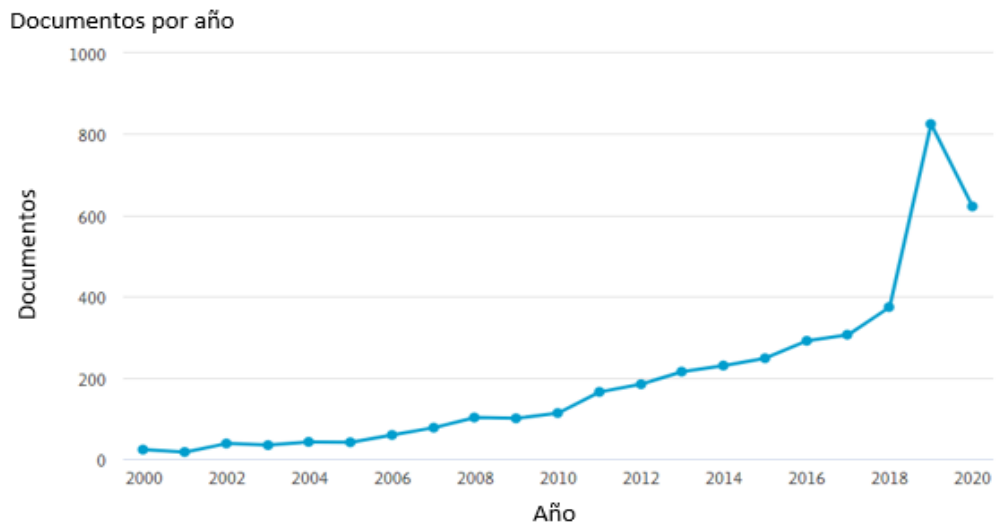


Figura 1. Documentos por años publicados con el término “emotion regulation” en el área de la psicología, en los últimos 20 años. Copyright 2020 por Scopus.

En la figura 2, es observable un aumento del interés de la R.E. relacionada con la adicción a sustancias, el aumento en este caso no está tan marcado como en el anterior, pero sigue presentando una tendencia a crecer.

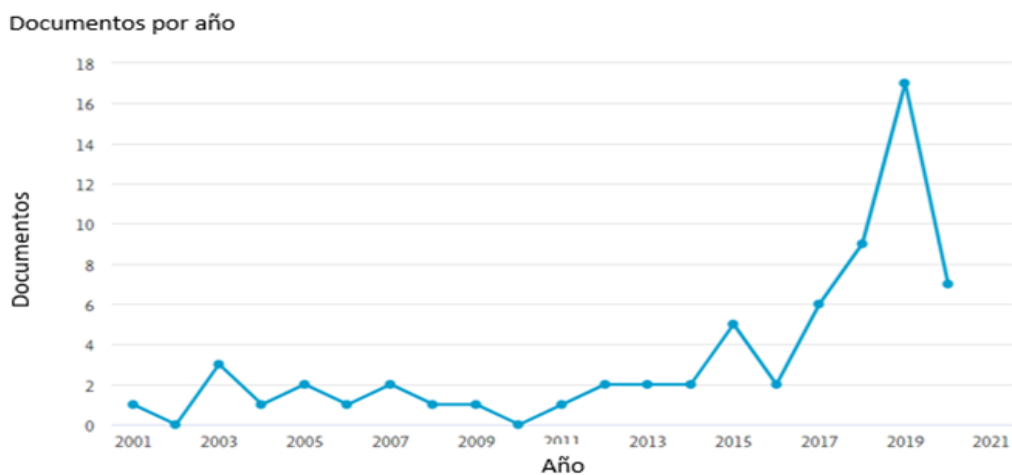


Figura 2. Documentos publicados por año con los términos “emotion regulation” y “drug addiction” en el área de la psicología, en los últimos 20 años. Copyright 2020 por Scopus.

Thompson (1994) y Gross (1999) coinciden en que la R.E. consistiría en el control o manejo de nuestras emociones; dicho manejo puede realizarse de manera funcional o disfuncional. Además de lo anterior, la regulación emocional puede ser entendida como el proceso clave de la inteligencia emocional (I.E.) (Brenner & Salovey, 1997; Extremera, Durán, & Rey, 2005; Jiménez & López-Zafra, 2008; Pérez & Castejón, 2006), este aspecto hace que determinados autores hagan referencia a ambos conceptos como

similares, aunque para ser exactos la R.E. debe ser incluida como una habilidad dentro de la I.E.. Existen cuatro niveles de interacción entre conducta y emoción, siendo factores de gran importancia a la hora de llevar a cabo conductas funcionales y adaptativas:

1. La percepción, la evaluación y expresión de la emoción.
2. El efecto facilitador de las emociones con respecto al pensamiento.
3. La comprensión y análisis de las emociones utilizando el conocimiento emocional
4. La regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional.

Hay diversos modelos explicativos de la R.E.; en esta revisión se destacan dos modelos: el *Modelo procesual de regulación emocional* (Gross, 1999) y el *Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional* (Hervás, 2011). La selección de estos dos modelos, sobre otros, es debido a que estos engloban las características de la R.E., llegando a complementarse uno al otro.

El modelo procesual de regulación emocional (Gross, 1999)

Este autor diferencia diversas fases: Situación-Atención-Interpretación-Respuesta. Se pueden establecer estrategias de regulación emocional según la fase en la que uno se encuentre. Gross (1999), diferencia: la regulación centrada en los antecedentes de la emoción, y la regulación centrada en la respuesta emocional.

En la primera fase, las personas pueden escoger o evitar diferentes situaciones en base a nuestras experiencias previas, eligiendo preferiblemente situaciones que provoquen emociones positivas. Asimismo, dentro de la propia situación, la persona puede elegir el camino que desea tomar.

Respecto a la atención, se ha visto que el foco atencional posee una gran relevancia en la respuesta emocional de la persona. Investigaciones han corroborado que esta atención se puede entrenar y automatizar empleando muy pocos recursos cognitivos (Wadlinger & Isaacowitz, 2011).

La interpretación es la fase en la que se han centrado la mayoría de las terapias al trabajar la regulación emocional, a través de la reevaluación cognitiva, demostrándose su influencia en la respuesta emocional posterior.

Por último, se encuentra la respuesta emocional, en este caso se puede trabajar diversos aspectos como la experiencia emocional, la expresión/manifestación conductual o la activación fisiológica. A nivel clínico, se intenta reducir el nivel psicobiológico de la emoción.

En torno a este modelo se han destacado varias limitaciones, entre ellas: no se comenta nada de la aceptación emocional como estrategia de regulación emocional, cuando esta ha demostrado ampliamente sus efectos positivos (p.ej., Alberts, Schneider, & Martijn, 2012; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008). En segundo lugar, la forma en la que Gross plantea este modelo puede llevar a elaborar conductas desadaptativas, centradas sobre todo en la evitación.

Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional (Hervás, 2011)

Existen autores que defienden que para regular las emociones es necesario un proceso activo de comprensión y elaboración de la emoción (Hunt, 1998).

Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000), integran el procesamiento emocional como un tipo de afrontamiento emocional, considerando este último como la capacidad de hacer frente a una emoción de gran intensidad. En este estudio se diferencia entre expresión emocional, considerándola la capacidad de reconocer la emoción y de expresarla a través de una conducta acorde; y el procesamiento emocional, como la habilidad para conocer y entender la emoción.

Este modelo defiende que el procesamiento emocional no es válido solo para emociones de gran intensidad, si no que posee efectos positivos para cualquier situación, estableciendo seis fases necesarias para un procesamiento emocional óptimo.

1. Apertura emocional. Capacidad de ser consciente con sus emociones.
2. Atención emocional. Debe dedicarse una serie de recursos atencionales a la emoción (Gratz & Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995).

Las dos primeras fases se pueden relacionar con la etapa de la atención de Gross (1999).

3. Aceptación emocional. Evitar realizar un juicio negativo respecto a la emoción (Gratz & Roemer, 2004)
4. Etiquetado emocional. Capacidad de la persona para reconocer lo que siente y ponerle un “nombre” (Gratz & Roemer, 2004; Salovey et al., 1995).
5. Análisis emocional. Destreza de la persona para poder entender lo que siente y reflexionar sobre ello (Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000).

En esta fase se distinguen una serie de elementos a analizar: en primer lugar, el origen, es decir, de *dónde* viene esa emoción; tras esto se debe entender *por qué* ha aparecido, esto es, *qué* quiere decir; muchas veces las emociones son activadas a través de una serie de mecanismos por error, se debe observar si tiene coherencia dicha emoción en la situación vivida; y, por último, si la emoción es coherente hay que *aprender* de ella.

6. Modulación emocional. Usar diversas estrategias para poder manejar la emoción sentida (Gratz & Roemer, 2004; Salovey et al., 1995).

Respecto a su relación con la drogodependencia, el estudio realizado por Fernández, Jorge & Bejar (2009), ha revelado que tanto el abuso como el consumo de sustancias es utilizado como técnica de autorregulación externa, es decir, como forma de aliviar estados emocionales negativos. Esto también es apreciable en la investigación llevada a cabo por Echeburúa & Corral (1999), en la que se comprobó que una persona que presenta una dependencia o adicción tenderá a realizar la conducta en cuestión, con el fin de reducir los estados emocionales negativos presentes.

Teniendo en cuenta los resultados mencionados previamente se puede inferir que las personas adictas carecen de herramientas esenciales como son discriminar entre emociones, saber expresarlas y regularlas, así como guiar su pensamiento y comportamiento; dichas herramientas le serían de gran utilidad a este colectivo con el fin de enfrentar su problemático consumo.

En España una de las últimas encuestas sobre alcohol y drogas llevadas a cabo (Estudio EDADES 2017-2018) identifica que la edad de inicio en el consumo es inferior a 13 años, aunque la edad media de consumos se ubicaría en los 32 años. Asimismo, se ve un aumento de las drogas legales como son el alcohol y el tabaco, y respecto a las drogas no legales, cabe destacar el aumento en el consumo de cannabis, sobre todo en

adolescentes y adultos jóvenes. Todo ello hace ver la importancia de aportar una ayuda a esta problemática, que permita tanto prevenir como mejorar la intervención.

Es cierto que el estudio sobre la relación entre I.E. y la adicción a sustancias es aún reciente, sin embargo, hay estudios que parecen indicar y afirmar que dicha inteligencia interviene de una manera positiva en su relación con las adicciones. A parte de los estudios mencionados previamente, cabe la pena destacar estudios significativos como:

- El estudio sobre la I.E. y el alcohol llevado a cabo por Petterson, Malouff & Thorsteinsoon, (2011) en el que se encontraron relaciones de tipo significativo entre un nivel bajo de inteligencia emocional y un alto consumo.
- La investigación sobre el consumo de cocaína realizado por Aranda, González, Salguero, Gualda & Herero (2009), en donde se concluyó que la I.E. actúa como un factor protector directo frente al consumo de cocaína.
- El artículo acerca del consumo de drogas legales efectuado por Trinidad & Johnson (2002), en el que se observó que la I.E. correlaciona de forma negativa con el consumo de sustancias, añadiendo también que los adolescentes con un alta I.E. son más capaces de resistir la presión de grupo.

Con las conclusiones antes mencionadas, se puede ver la importancia que tiene la inteligencia emocional en las drogodependencias, así como el papel tan importante que llega a tener una regulación emocional adecuada.

Teniendo en cuenta todos los aspectos revisados en relación a la R.E. y las drogodependencias, este trabajo presenta los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Estudiar la información científica más reciente sobre el tema en cuestión, con el fin de aportar una clara visión actual de las adicciones y los posibles aspectos que puedan ser de ayuda para esta problemática.
- Evaluar la utilidad de la regulación emocional tanto para la prevención como para la intervención con personas drogodependientes.

Objetivos específicos:

- Identificar la relación entre regulación emocional y abuso de sustancias.
- Conocer las diferentes técnicas de evaluación de la regulación emocional y analizar las más empleadas.
- Analizar los grupos de participantes, en base a edad y a sexo.

Método

Para la búsqueda de artículos se emplearon dos bases de datos, Psycinfo y Scopus, cuyos términos de búsqueda fueron los siguientes: “emotional regulation” AND “drug addiction”. En esta revisión se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión en la selección de los artículos.

Como criterios que debían cumplir para incluirse se encuentran:

- Publicados en los últimos 5 años, 2016-2020
- Ser estudios originales
- Ser publicaciones académicas
- Artículos en inglés o español
- Ser una investigación en la que la regulación emocional fuese evaluada con el fin de buscar una relación con la drogodependencia.

Como criterios de exclusión, se estableció que no se incluirían artículos:

- Cuya población analizada no fuese la de pacientes drogodependientes
- Que no estuvieran terminados.

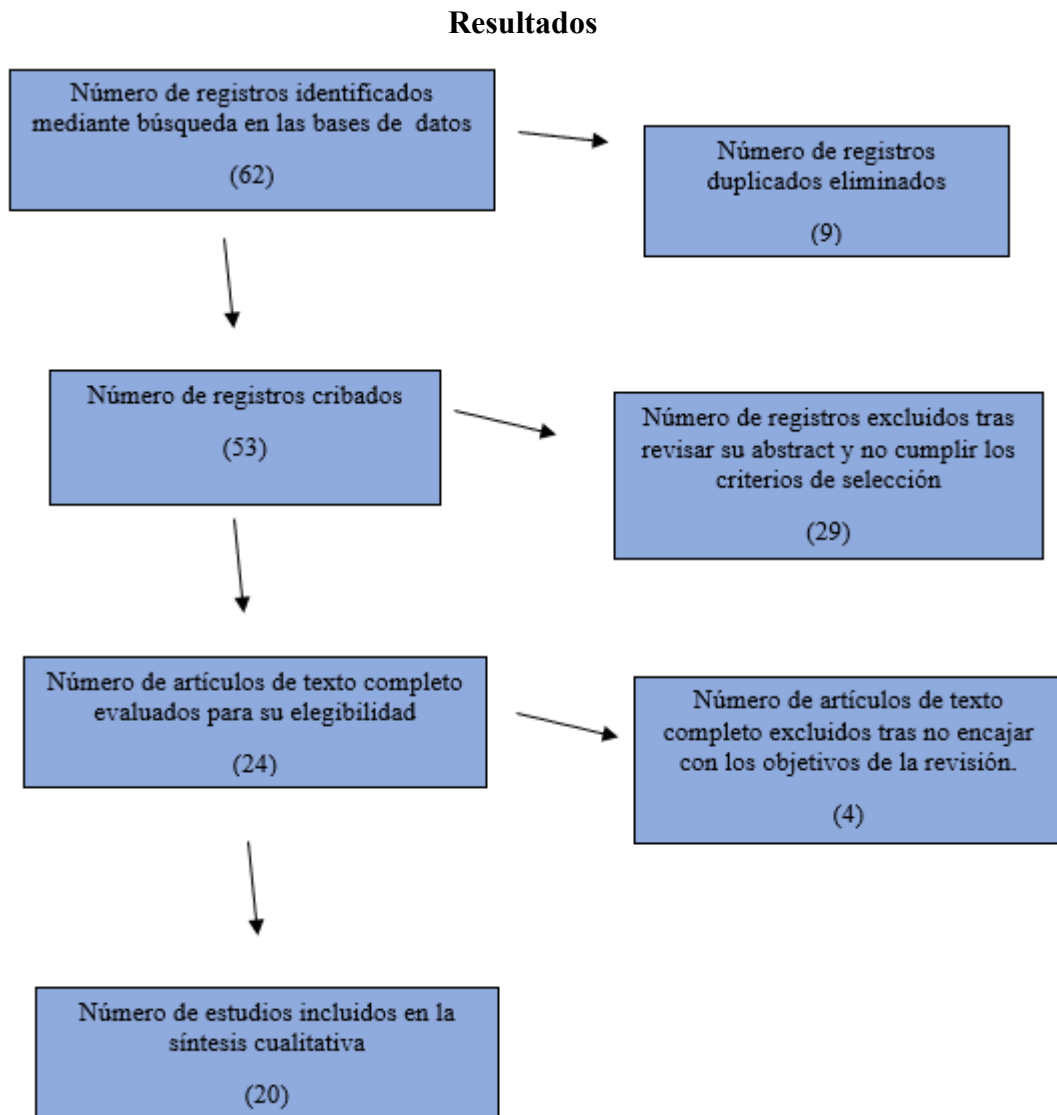


Figura 3. Diagrama de flujo.

Tabla 1

Clasificación de los artículos seleccionados para la revisión realizada en este artículo

Autor-Año	Participantes	Instrumentos de evaluación	Relación entre R.E.-Drogodependencia observada	Conclusión breve
Bakhshaie, Rogers, Kauffman, Tran, Buckner, Ditre & Zvolensky, (2019).	N (Hombres/Mujeres): 2080 (443/1637) Adultos jóvenes (Media 21 años)	The Positive Affect Negative Affect Scale (<i>PANAS</i>); Difficulties in Emotion Regulation Scale (<i>DERS</i>).	La desregulación emocional explicó, en parte, la asociación entre afectividad negativa y uso no médico de opioides entre una gran cantidad de personas.	- Papel de la desregulación emocional como un posible mecanismo en la asociación entre afectividad negativa y uso no médico de opioides. - Se necesita seguir trabajando en el futuro, para evaluar el valor y la viabilidad de intervenciones breves de regulación de las emociones en adultos jóvenes por angustia emocional y uso no médico de opioides.
Cavicchioli, Ramella, Vassena, Simone, Prudenziati, Sirtori & Maffei (2020).	N (Hombres/Mujeres): 319 (186/133) Adultos (Media 46 años)	Difficulties with emotion regulation scale (<i>DERS</i>).	Se encontró una influencia por parte de la desregulación emocional en la coocurrencia de comportamientos compulsivos (como el juego, el sexo compulsivo, compras compulsivas, problemas alimenticios,...)	- Es el primer estudio que muestra empíricamente el papel de la desregulación emocional y la autorregulación consciente de la atención como procesos psicológicos involucrados en la co-ocurrencia entre trastorno por consumo de alcohol y otras conductas adictivas. - Se recomiendan estudios para probar empíricamente el papel terapéutico de la autorregulación consciente de la atención en varios comportamientos adictivos.
Clarke, Lewis, Myers, Henson & Hill (2020).	N (Hombres/Mujeres): 179 (98/81) Adultos (Media de 40 años)	Difficulties with emotion regulation scale (<i>DERS</i>); Emotion Regulation Questionnaire (<i>ERQ</i>).	Se encontró una relación entre el bienestar, la regulación de las emociones y la recaída en los pacientes de tratamiento ambulatorio. Dificultades en la regulación de las emociones fueron asociados con mayores probabilidades de días de recaída.	- Se observó una correlación negativa entre regulación emocional y recaída. - Se necesitan investigaciones futuras para aclarar y ampliar los resultados actuales

Decker, Morie, Hunkele, Babuscio, & Carroll (2016).	N (Hombres/Mujeres): 72 (34/38) Adultos (Edad media 41 años)	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ).	Ni reevaluación cognitiva, ni supresión emocional se relacionaron con la abstinencia de cocaína durante tratamiento medido por autoinforme o toxicología urinaria.	- La reevaluación cognitiva (RC) no se asoció con abstinencia de cocaína antes o durante el tratamiento, aunque en un estudio anterior se encontró que la RC baja y la supresión emocional alta estaban asociadas con el uso de heroína. - Es necesario que esta investigación se replique, aun así, es posible que la cocaína y la heroína tengan diferentes asociaciones con la regulación de las emociones.
Dingle, Neves, Alhadad & Hides (2018).	N (Hombres/Mujeres): 70 (46/24) Adultos Jóvenes (Media 25 años)	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).	La muestra representativa del colectivo de drogodependientes obtuvo niveles más altos de desregulación que el grupo control.	- Se apreció una diferencia entre la regulación emocional presente en el grupo experimental (pacientes con drogodependencia) y el grupo control, apreciándose una menor RE en el grupo experimental. - Se destacan la necesidad de futuros estudios longitudinales para evaluar cómo la regulación de las emociones se relaciona con la aparición inicial, la gravedad y la progresión del trastorno por uso de sustancias en adultos.
El-Rasheed, ELAttar, Elrassas, Mahmoud & Mohamed (2017).	N (Hombres/Mujeres): 60 (60 hombres) Adultos Jóvenes (Media 20 años)	Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20).	Se encontró una relación significativa entre el potencial de adicción y la emoción (principalmente en aspectos como la aceptación, las conductas intencionales y la impulsividad). Todo ello influyendo y exacerbando la conducta adictiva.	- Se observó que los adolescentes con abuso de sustancias tienen una peor regulación del estado de ánimo que los controles. - La asociación entre el control de las emociones y el abuso de sustancias puede exacerbar las motivaciones crecientes para usar sustancias como reguladores de emociones incontenibles.
Estevez, Jáuregui, Sanchez-Marcos, López-González, & Griffiths (2017).	N (Hombres/Mujeres): 472 (229/243) Adolescentes (Media: 15 años)	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).	Las adicciones a sustancias (alcohol y drogas) y adicciones no sustanciales (Internet, videojuegos y apuestas) se correlacionaron positivamente con una desregulación de las emociones.	- Las dificultades de regulación de las emociones predicen las adicciones con sustancia y las no relacionadas con sustancias. - Este estudio proporciona una nueva evidencia de futuras investigaciones sobre los factores de riesgo y de protección involucrados en adicciones.

García, Luque, Ruiz, & Tabernero (2017).	N (Hombres/Mujeres): 53 (45/8) Adultos (Media: 40 años)	Regulatory Emotional Efficacy Scale (RESE).	Self-scale	Se encontró que una persona con buena capacidad para regular sus emociones tendrá menos posibilidades de padecer depresión y por tanto un mejor rendimiento cognitivo.	- La variable de autorregulación de las emociones positivas se puede trabajar con el fin de evitar la depresión, y por tanto el deterioro cognitivo en la población de consumidores.
Hardy, Fani, Jovanovic, & Michopoulos, (2018).	N (Hombres/Mujeres): 229 (229 mujeres) Adultos (Media de 39)	The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).		La desregulación emocional en mujeres que presentan una adicción se relaciona con problemas de alimentación.	- Se describen las características comunes de la adicción a la comida y el trastorno por uso de sustancias, particularmente de la depresión y patrones de desregulación emocional. - Se destacan la necesidad de realizar más investigaciones.
Jalali, Hashemi, Hasani, Fakoor Sharghi (2017)	N (Hombres/Mujeres): 52 (52 hombres) Adultos (Media: 31 años)	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)		Se observó que una mejor regulación emocional aumentaba la autoestima de los presos con adicción, y además de esto estabilizaba sus emociones, permitiéndoles tener un mayor control ante el consumo.	- Trabajar la regulación de las emociones, en presos con adicción, permitía mejorar su manejo de las emociones frente al consumo. - Se recomienda extrapolar los resultados con cuidado, ya que no se puede extrapolar a toda la población consumidora.
Jara-Rizzo, Navas, Catena, & Perales (2019).	N (Hombres/Mujeres): 196 (162/34) Adultos (Media: 34 años)	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ).		Se observó una relación entre la desregulación emocional y el juego patológico. En especial la reevaluación se asoció positivamente con las cogniciones del juego.	- Los mecanismos neurocognitivos básicos del trastorno del juego, presentan una relación con la regulación emocional. - No solo se corrobora las raíces emocionales de las cogniciones del juego, sino también su superposición con modelos de alto orden de estrategias de regulación de las emociones.

Jauregui, Estevez, & Urbiola, (2016).	N (Hombres/Mujeres): 274 (274 hombres) Adultos (Media: 36 años)	The Difficulties in Emotion Regulation Scale (<i>DEERS</i>).	Se encontró que los jugadores patológicos tendían a tener más dificultades respecto a la regulación emocional. El juego patológico puede ser una forma de regular las emociones negativas y una consecuencia de fallas en el autocontrol.	- Los jugadores patológicos pueden presentar dificultades de regulación emocional, que también pueden constituir un predictor de juego patológico y trastornos comórbidos. - El tratamiento del juego patológico se puede beneficiar de la mejora y el fomento de las habilidades de regulación emocional.
Kumar, Kumar, Benegal, Roopesh, & Ravi (2019).	N (Hombres/Mujeres): 50 (50 hombres) Adultos (Media: 34 años)	Affect Regulation Checklist (<i>ARC</i>).	Se observa una relación positiva entre remediación cognitiva y ejercicios cuerpo-mente, con la regulación emocional, en personas dependientes. Una adecuada regulación emocional reduce los niveles de ansiedad y estrés y facilita el autocontrol.	- Se recomienda un modelo integral para la intervención de personas dependientes al alcohol, poniendo especial énfasis en el fomento de las habilidades de regulación emocional.
Lutz, Gross, & Vargovich, (2018).	N (Hombres/Mujeres): 149 (61/88) Adultos (Media: 54 años)	The Difficulties in Emotion Regulation Scale (<i>DEERS</i>).	Mayores dificultades en la regulación de las emociones se asocia con mayores niveles de discapacidad relacionada con el dolor y mayor riesgo de abuso de opioides.	- Es importante evaluar y abordar la regulación de las emociones en pacientes con dolor crónico. - Dificultades en la regulación de las emociones se asocian con un peor funcionamiento y con mayor riesgo de abuso de opioides en esta población. - Se necesita más investigación con respecto a este tema, y de qué forma puede incluirse respecto a la prevención e intervención de estas adicciones.
Paulus, Vujanovic & Wardle, (2016).	N (Hombres/Mujeres): 119 (67/52) Adultos (Media: 36 años)	The Difficulties in Emotion Regulation Scale (<i>DEERS</i>).	La desregulación emocional se relacionaba con un aumento de la frecuencia de consumo de alcohol, más problemas relacionados con el consumo y el grado de problemática observado por los propios drogodependientes.	- La ansiedad sentida puede ser un factor de riesgo para problemas relacionados con el alcohol, pero no el consumo. - Las dificultades para regular las emociones pueden explicar estas asociaciones, sugiriendo una vía pertinente para desarrollo clínico.

Sloan, Hall, Simpson, Youssef, Moulding, Mildred, & Staiger (2018).	N (Hombres/Mujeres): 10 (4/6) Adultos jóvenes (Media: 19 años)	The Difficulties in Emotion Regulation Scale (<i>DEERS</i>).	Se observa una relación entre regulación emocional y mejoras durante la rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> - Se encuentran datos bastantes favorables acerca del tratamiento en regulación emocional en grupos de edad jóvenes; población que es bastante compleja a la hora de abordar en problemáticas como son el abuso de sustancias. - Se recomienda seguir investigando en esta línea.
Wang, Burton, & Pachankis (2018).	N (Hombres/Mujeres): 218 (127/91) Adultos (Media: 36 años)	Difficulties in Emotion Regulation Scale (<i>DEERS</i>).	Se relaciona la desregulación emocional con el estigma asociado a la depresión, aumentando la tendencia de los individuos de utilizar el abuso de sustancias como técnica de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Los déficits en regulación emocional están implicados en el desarrollo de un uso problemático de sustancias, empleado por parte del individuo para hacer frente a la angustia psicológica. - Se recomienda seguir esta línea de investigación con el fin tanto preventivo como de intervención en el abuso de sustancias.
Weiss, Bold, Sullivan, Armeli & Tennen (2017).	N (Hombres/Mujeres): 1640 (754/886) Adultos jóvenes (Media: 19 años)	Emotion Regulation Questionnaire (<i>ERQ</i>).	Se encontró una relación entre el uso de estrategias de regulación emocional y una menor tendencia al consumo posterior.	<ul style="list-style-type: none"> - Hay relaciones recíprocas entre las estrategias de regulación de las emociones y el uso de sustancias - Un mayor uso diario de distracción, reevaluación y resolución de problemas predice un menor consumo de sustancias por la noche, mientras que un mayor consumo de sustancias por la noche predice una mayor evitación y reevaluación al día siguiente.
Weiss, Forkus, Contractor, & Schick (2018).	N (Hombres/Mujeres): 311 (106/205) Adultos jóvenes (Media: 19 años)	Difficulties with emotion regulation scale (<i>DEERS</i>).	Se identificó una relación entre las dificultades para regular las emociones positivas y el abuso de alcohol y drogas.	<ul style="list-style-type: none"> - Los hallazgos sugieren la utilidad de abordar las dificultades para regular las emociones positivas en tratamientos dirigidos a reducir el abuso de alcohol y drogas, entre los estudiantes universitarios

Zohreh & Ghazal (2018).	N (Hombres/Mujeres): 320 (320 hombres) Adultos jóvenes (Media: 21 años)	Difficulties with emotion regulation scale (DERS).	Se observó una correlación positiva entre inhibición conductual, sistemas de activación conductual y dificultades en la regulación emocional. Asimismo, la desregulación emocional explicaba una parte importante de la varianza del potencial de adicción.	- La regulación emocional predice parte del potencial de adicción. - Se puede emplear para facilitar técnicas de intervención que pueden ayudar en el tratamiento del abuso de sustancias.
-------------------------	---	--	--	---

Teniendo en cuenta la *tabla 1*, el total de participantes evaluados asciende a 6874, contando la muestra más pequeña con solo 10 participantes (Sloan, Hall, Simpson, Youssef, Moulding, Mildred, & Staiger, 2018) y la muestra más grande con 2080 participantes (Bakhshaie, Rogers, Kauffman, Tran, Buckner, Ditte & Zvolensky, 2019). Del total hay 3755 féminas (54.64%) y 3118 varones (45.36%). Cabe destacar que existen tanto artículos en los que la muestra está representada únicamente por mujeres (Hardy, Fani, Jovanovic, & Michopoulos, 2018), como estudios únicamente formados por hombres (El-Rasheed, ElAttar, Elrassas, Mahmoud & Mohamed, 2017; Jalali, Hashemi, Hasani, & Fakoor Sharghi, 2017; Jauregui, Estevez, & Urbiola, 2016; Kumar, Kumar, Benegal, Roopesh, & Ravi, 2019; Zohreh & Ghazal, 2018).

En relación con la edad se diferenciaron tres grupos de edad: adolescentes (menos de 18 años), adultos jóvenes (18-29 años) y adultos (30-65 años). Se observó que la mayoría de las investigaciones van destinadas a una población adulta (60%), una menor proporción al grupo de adultos jóvenes (35%) y, por último, se presentó un estudio con adolescentes (5%) (Estevez, Jáuregui, Sanchez-Marcos, López-González, & Griffiths, 2017).

Acerca del total de instrumentos se identificaron 22, casi todos son específicos de la regulación emocional, excepto uno de ellos en donde se evalúa de manera indirecta (4.5%) a través del “*Toronto Alexithymia Scale-20*” (TAS-20) (El-Rasheed, ElAttar, Elrassas, Mahmoud & Mohamed, 2017). Se distinguen seis instrumentos empleados: “*Difficulties in Emotion Regulation Scale*” (DERS) (59.2%); “*Emotion Regulation Questionnaire*” (ERQ) (18.3%); “*The Positive Affect Negative Affect Scale*” (PANAS) (4.5%); “*Regulatory Emotional Self-Efficacy scale*” (RESE) (4.5%); “*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*” (CERQ) (4.5%); “*Affect Regulation Checklist*” (ARC) (4.5%).

Por lo que concierne a la relación observada, se estudian poblaciones consumidoras con adiciones a sustancias diversas como a opioides, alcohol, cannabis, cocaína y adicciones no sustanciales como a Internet, videojuegos o apuestas. En todas ellas, una mejora de la R.E. les supuso beneficios como:

- Una mejora durante la rehabilitación (como puede ser en el bienestar experimentado y en una reducción de recaídas).
- Una menor frecuencia de consumo posterior.
- Reducción de ansiedad y estrés.
- Disminución de la depresión en la población consumidora.
- Mejora de problemas de alimentación asociada al consumo.
- Aumento de la autoestima y del autocontrol.

En general, la R.E. tiene relevancia e influencia tanto al inicio del consumo, como en la gravedad de la adicción y en la progresión posterior, por ello se aprecia una función preventiva, de intervención, rehabilitadora y de mantenimiento.

Discusión y conclusiones

Teniendo en cuenta la situación de los últimos años de consumo en nuestro país tanto de drogas legales, como no legales, se presenta un problema que va en aumento, y que se ha acrecentado aún más debido a la pandemia que se está viviendo, que ha disparado el consumo. Por ello, es importante buscar nuevas vías para prevenir e intervenir en las adicciones y, de estas, el trabajo con la R.E. es un factor clave, ya que la población consumidora destaca por tener dificultades para controlar sus emociones y emplea las drogas para suplir las carencias a este nivel.

En cuanto a las diferencias en el año 2020 en la *figura 1* y la *figura 2*, del apartado de la introducción, se debe comentar que parece bajar significativamente el número de artículos en ambas gráficas, esto es comprensible debido a la pandemia vivida durante este año, que ha hecho que, por un lado, se reduzcan el número de estudios en general, y por otro que estos estudios se centren en consecuencias originadas por el confinamiento.

Tras el análisis de los 20 artículos seleccionados se observa que, al trabajar la regulación emocional en el colectivo de las adicciones, dichas personas obtienen una serie de beneficios. Estos beneficios parecen ser de gran importancia, mejorando tanto la intervención como la rehabilitación posterior (Dingle, Neves, Alhadad & Hides, 2018). Todo ello está relacionado con que las personas que presentan una adicción, ya sea sustancial o no sustancial, tienden a utilizar el consumo como forma de regular sus emociones, principalmente en momentos especialmente estresantes de su vida (Estevez, Jáuregui, Sanchez-Marcos, López-González, & Griffiths, 2017). Debido a esto, la R.E. permitiría aumentar el número de herramientas de este colectivo y fomentaría habilidades de regulación que sustituirían al consumo, evitando el desarrollo posterior de la adicción y las consecuencias allegadas.

Como beneficios encontrados destacan: el autocontrol, la reducción de estrés, de depresión y de ansiedad y como resultado de lo anterior, una menor frecuencia del consumo, como señalan los resultados (El-Rasheed, ElAttar, Elrassas, Mahmoud & Mohamed, 2017; García, Luque, B., Ruiz, & Tabernero, 2017; Jalali, Hashemi, Hasani, & Fakoor Sharghi, 2017; Kumar, Kumar, Benegal, Roopesh, & Ravi, 2019). Estos beneficios presentan una especial importancia en momentos iniciales de la problemática, originando un mayor control sobre la adicción y una reducción de la gravedad de los daños posteriores; y en la intervención, relacionándose con un aumento de la eficacia de la misma (aunque esto debe seguir estudiándose en futuras investigaciones). Cabe destacar que tan solo en la investigación de Decker, Morie, Hunkele, Babuscio, & Carroll (2016), no se encontró una influencia relevante de la regulación emocional en adictos a la cocaína. En el mismo artículo se menciona que son necesarias más investigaciones, pero que parecía indicar que la regulación emocional no tenía tanta relevancia como en otras adicciones, por ejemplo, a opioides, al alcohol, trastornos del juego, entre otras.

En esta revisión se han observado una amplia gama de instrumentos para evaluar la regulación emocional, pero de todos ellos los más empleados fueron el *DERS* y el *ERQ*. A continuación, se dará una pequeña descripción de las dos pruebas mencionadas:

- *DERS* (Gratz & Roemer, 2004). Es un cuestionario de 36 ítems, cuyo fin es la evaluación de la capacidad global que la persona presenta para responder de manera adaptativa a las emociones angustiosas de la vida. Se centra en 6 dominios: (a) falta de aceptación de la emoción; (b) incapacidad para realizar determinados comportamientos ante emociones negativas; (c) comportamientos impulsivos ante emociones negativas; (d) acceso limitado a estrategias de regulación emocional efectivas; (e) falta de conciencia emocional; y (f) falta de claridad emocional. El DERS ha sido demostrado sensible a los cambios a lo largo del tiempo (Gratz & Gunderson, 2006), presentando buena fiabilidad test-retest, (Gratz & Tull, 2010) y exhibió una alta consistencia interna ($\alpha = .951$), en la investigación de Fisher, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Rafaeli, & Peri, (2019).
- *ERQ* (Gross & John, 2003). Cuestionario formado por 10 ítems, pretende medir dos estrategias de regulación emocional, la supresión (4 ítems) y la reevaluación (6 ítems) en una escala tipo Likert de 7 puntos. Al realizar revisiones se ha visto una adecuada validez y fiabilidad de la prueba (Sánchez, González & Adánez, 2020).

Tras las características expuestas es comprensible que tiendan a ser las más utilizadas, siendo adecuados instrumentos para la evaluación de la R.E. (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2018; Guzmán-González, Trabucco, Urzúa, Garrido & Leiva, 2014).

A continuación, se mencionan las limitaciones encontradas en este estudio. En primer lugar, los estudios encontrados no se centran en el colectivo de la tercera edad, y tan solo hay un estudio sobre adolescentes, por ello, parte de la población general no está reflejada en esta revisión. Esto es debido a que muchas de las investigaciones encontradas no trabajaban con este tipo de muestras y otras que, a pesar de tener una muestra de este tipo, no trabajaban la R.E. directamente, si no que actuaba como un factor secundario, por lo que no se incluyó en esta revisión.

Asimismo, esta revisión se ha centrado en artículos escritos en inglés o en español. Investigaciones escritas en otros idiomas pueden arrojar información novedosa sobre el tema abordado.

En general, la regulación emocional es un mecanismo esencial para mantener una conducta funcional y adaptativa, sobre todo para problemáticas como las adicciones, cuyo eje central son las emociones y su mala gestión, derivada principalmente de una carencia de herramientas o estrategias para manejarlas adecuadamente, llegando, por ejemplo, a emplear las drogas como mecanismo reductor de emociones negativas.

En esta revisión se concluye que la regulación emocional tiene una gran influencia en la población drogodependiente, obteniéndose de su desarrollo numerosos beneficios, los cuales se dan a un nivel tanto de prevención como de intervención, por lo que el trabajo con esta habilidad es esencial para reducir tanto la incidencia como los daños colaterales de esta problemática. Además de esto, al analizar las técnicas evaluativas empleadas, se puede apreciar que estas tienen un correcto respaldo científico, permitiendo un análisis adecuado y profesional de la R.E. en la muestra.

Respecto a próximas líneas de investigación, se recomiendan emplear muestras con una población tanto adolescente como de la tercera edad, para observar si se dan los mismos problemas y si la regulación emocional tiene un papel mayor. De igual forma, se deberían centrar en la utilización de la R.E. en aspectos de prevención primaria, y cómo un fomento de estas capacidades puede permitir evitar adicciones posteriores.

Otro aspecto por destacar es que se han empleado artículos estrictamente pertenecientes a la psicología, se deberían tener en consideración artículos de otras áreas de interés que quizás arrojen novedades sobre este tema, como los pertenecientes a las neurociencias, en este caso deberían de hacerse futuras revisiones/investigaciones para observar la implicación de la regulación emocional en el cerebro, tanto en población con adicción como sin ella.

Por último, se considera necesario mejorar los programas de intervención en drogodependencia, focalizados en mejorar las habilidades de regulación emocional, lo cual permitiría implementar intervenciones más completas y eficaces en el abordaje de esta problemática.

Referencias

- Alberts, H. J., Schneider, F., & Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 26(5), 863-870.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2011.625402>
- Aranda, D. R., González, R. C., Salguero, J. M., Gualda, R. C., & Herero, V. G. (2009). Inteligencia emocional y el consumo de cocaína en adolescentes. In *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 367-372). Fundación Marcelino Botín.
- Bakhshaie, J., Rogers, A. H., Kauffman, B. Y., Tran, N., Buckner, J. D., Ditre, J. W., & Zvolensky, M. J. (2019). Emotion dysregulation as an explanatory factor in the relation between negative affectivity and non-medical use of opioid in a diverse young adult sample. *Addictive behaviors*, 95, 103-109.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.025>
- Brenner, E. M., & Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal, and individual considerations. *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, 168-195.
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., ... & Maffei, C. (2020). Mindful self-regulation of attention is a key protective factor for emotional dysregulation and addictive behaviors among individuals with alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 105, 106317.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106317>
- Clarke, P. B., Lewis, T. F., Myers, J. E., Henson, R. A., & Hill, B. (2020). Wellness, Emotion Regulation, and Relapse During Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Counseling & Development*, 98(1), 17-28.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12296>
- Decker, S. E., Morie, K., Hunkele, K., Babuscio, T., & Carroll, K. M. (2016). Brief Report: Emotion regulation strategies in individuals with cocaine use disorder maintained on methadone. *The American journal on addictions*, 25(7), 529.
<https://doi.org/10.1111/ajad.12439>

- Dingle, G. A., Neves, D. D. C., Alhadad, S. S., & Hides, L. (2018). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 186-202. <https://doi.org/10.1111/bjc.12168>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, *25*(102), 585-614.
- El-Rasheed, A. H., ElAttar, K. S., Elrassas, H. H., Mahmoud, D. A., & Mohamed, S. Y. (2017). Mood regulation, alexithymia, and personality disorders in adolescent male addicts. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *16*(2), 49-58. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000098>
- Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2017-2018 (EDADES 2017-2018). Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2018: Gobierno de España.
- Estevez, A., Jáuregui, P., Sanchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, *6*(4), 534-544. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086>
- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2005). La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el engagement en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Ansiedad y estrés*, *11*(1).
- Fernández, B., Jorge, V., & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, *6*(1), 243-256. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120243A>
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2019). Growth curves of clients' emotional experience and their association with emotion regulation and symptoms. *Psychotherapy Research*, *29*(4), 463-478. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411627>
- García, V. G., Luque, B., Ruiz, M. S., & Taberero, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Salud y drogas*, *17*(2), 125-136. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.312>
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 192-205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women

- with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 107-133.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y confiabilidad de la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terapia psicológica*, 32(1), 19-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
- Hardy, R., Fani, N., Jovanovic, T., & Michopoulos, V. (2018). Food addiction and substance addiction in women: Common clinical characteristics. *Appetite*, 120, 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.026>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 361-384. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00017-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00017-5)
- Jalali, F., Hashemi, S. F., Hasani, A., & Fakoor Sharghi, N. (2017). The effectiveness of cognitive group therapy based on schema-focused approach on self-esteem and emotion regulation in drug addicted prisoners under the methadone maintenance treatment (MMT). *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(4), 284-295. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1337532>
- Jara-Rizzo, M. F., Navas, J. F., Catena, A., & Perales, J. C. (2019). Types of emotion regulation and their associations with gambling: A cross-sectional study with disordered and non-problem ecuadorian gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 35(3), 997-1013. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09868-7>
- Jauregui, P., Estevez, A., & Urbiola, I. (2016). Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and anxious-depressive symptomatology. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 251-260. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.038>
- Jiménez, M. I., & López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de psicología*, 93(1), 21-39.
- Kumar, R., Kumar, K. J., Benegal, V., Roopesh, B. N., & Ravi, G. S. (2019). Effectiveness of an Integrated Intervention Program for Alcoholism (IIPA) for

- enhancing self-regulation: Preliminary evidence. *Asian journal of psychiatry*, 43, 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.05.006>
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1201-1209. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.001>
- Lutz, J., Gross, R. T., & Vargovich, A. M. (2018). Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addictive behaviors*, 87, 200-205. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.07.018>
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive behaviors*, 28(6), 1115-1127. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00224-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00224-1)
- Paulus, D. J., Vujanovic, A. A., & Wardle, M. C. (2016). Anxiety sensitivity and alcohol use among acute-care psychiatric inpatients: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Cognitive Therapy and Research*, 40(6), 813-823. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9792-y>
- Pérez, N., & Castejón, J. L. (2006). Relaciones entre la inteligencia emocional y el cociente intelectual con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, IX, 22.
- Peterson, K., Malouff, J., & Thorsteinsson, E. B. (2011). A meta-analytic investigation of emotional intelligence and alcohol involvement. *Substance Use & Misuse*, 46(14), 1726-1733. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.618962>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. <https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Sánchez, J. P., González, A. R. D., & Adánez, G. P. (2020). Propiedades psicométricas de las puntuaciones de los test más empleados en la evaluación de la regulación emocional. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 116-124.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva Educativa*, 57(2), 27-50. <http://dx.doi.org/10.4151/07189729-vol.57-iss.2-art.712>
- Scopus (2020). Documentos por año relacionados con el término “emotion regulation” (Gráfico).
- Scopus (2020). Documentos por año relacionados con los términos “emotion regulation” y “Psychotherapy” (Gráfico).
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1150. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1150>
- Sloan, E., Hall, K., Simpson, A., Youssef, G. J., Moulding, R., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2018). An emotion regulation treatment for young people with complex

- substance use and mental health issues: a case-series analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(3), 427-441. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.006>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual differences*, 32(1), 95-105. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3)
- Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 75-102. <https://doi.org/10.1177/1088868310365565>
- Wang, K., Burton, C. L., & Pachankis, J. E. (2018). Depression and substance use: Towards the development of an emotion regulation model of stigma coping. *Substance use & misuse*, 53(5), 859-866. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1391011>
- Weiss, N. H., Bold, K. W., Sullivan, T. P., Armeli, S., & Tennen, H. (2017). Testing bidirectional associations among emotion regulation strategies and substance use: a daily diary study. *Addiction*, 112(4), 695-704. <https://doi.org/10.1111/add.13698>
- Weiss, N. H., Forkus, S. R., Contractor, A. A., & Schick, M. R. (2018). Difficulties regulating positive emotions and alcohol and drug misuse: A path analysis. *Addictive behaviors*, 84, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.027>
- Zohreh, A., & Ghazal, Z. (2018). Behavioral systems and difficulty with emotional regulation predict adolescents' addiction potential. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(5-6), 272-276. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2018.1474824>

Fecha de recepción: 03/03/2021

Fecha de revisión: 09/06/2021

Fecha de aceptación: 15/06/2021

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

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

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Morales Franceschi, J., Martín Ayala, J. L., Amutio Careaga, A. & Rosario Nieves, I.C. (2021). Acoso psicológico laboral (Mobbing) y su impacto en el clima y desempeño laboral en maestros del sistema público de enseñanza del área sur de Puerto Rico. *MLS Psychology Research* 4 (1), 79-98. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.642.

ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL (MOBBING) Y SU IMPACTO EN EL CLIMA Y DESEMPEÑO LABORAL EN MAESTROS DEL SISTEMA PÚBLICO DE ENSEÑANZA DEL ÁREA SUR DE PUERTO RICO

Julissa Morales Franceschi

Universidad Internacional Iberoamericana (México)

julissamf@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-6391-012X>

Juan Luís Martín Ayala

Universidad Europea del Atlántico (España)

juan.martin@uneatlantico.es · <https://orcid.org/0000-0002-7461-2857>

Alberto Amutio Careaga

Universidad del País Vasco (España)

alberto.amutio@ehu.eus · <https://orcid.org/0000-0003-3989-9992>

Ilia C. Rosario Nieves

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (Puerto Rico)

iliarosario@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0001-6073-5955>

Resumen Esta investigación pretendió hallar como los cambios en el clima organizacional exacerba conductas de acoso hacia el maestro en dos municipios del área sur de Puerto Rico. Se indagó cómo el Departamento de Educación de Puerto Rico maneja las situaciones de acoso laboral y cómo el *mobbing* ha afectado el rendimiento laboral del maestro. Se utilizó una muestra de 202 maestros del sistema de educación pública. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se utilizaron los siguientes cuestionarios: (A) *Cuestionario del Álamo sobre Maltrato Laboral (2006)* y (B) *Cuestionario de Clima Organizacional* del Departamento de Salud de Lima, Perú (Ugarte et al, 2009). Los objetivos del estudio fueron logrados. Los resultados y las conclusiones nos muestran: i) los maestros afectados por el acoso tenderán a percibir que su rendimiento laboral disminuye; ii) el clima organizacional negativo hace que sea mayor la predisposición al acoso y que el rendimiento laboral disminuya; iii) no existe un protocolo en el Departamento de Educación para manejar situaciones de acoso; iv) los maestros reflejaron una proporción

equivalente entre someterse o enfrentarse al acosador; v) la mayor cantidad de participantes identificaron al acosador como su jefe inmediato; vi) las consecuencias del acoso psicológico en el trabajo se manifiestan a nivel físico (trastornos cardiovasculares) y psicológico (estrés y depresión). Las recomendaciones del estudio son las siguientes: asesoramiento legal para los maestros y orientación a directores escolares. Se espera que se continúen nuevas investigaciones sobre el tema y que se apruebe la Ley en Puerto Rico.

Palabras clave: maestros, Departamento de Educación de Puerto Rico, acoso psicológico laboral, clima organizacional, rendimiento laboral.

PSYCHOLOGICAL HARASSMENT AT WORK (MOBBING) AND ITS IMPACT ON THE CLIMATE AND WORK PERFORMANCE IN TEACHERS OF THE PUBLIC SYSTEM TEACHING OF THE SOUTHERN AREA OF PUERTO RICO

Abstract This research aimed to find how changes in the organizational climate exacerbate behaviors of harassment of teachers in two municipalities in the southern area of Puerto Rico. It was examined how the Puerto Rican Department of Education manages situations of labour harassment and how mobbing has affected teacher performance. A sample of 202 teachers in the public education system was used. An intentional non-probabilistic sampling was performed. The following questionnaires were used: (A) Alamo Questionnaire on Labour Abuse (2006) and (B) Organizational Climate Questionnaire of the Department of Health of Lima, Peru (Ugarte et al, 2009). The objectives of the study were achieved. The results and conclusions show us: (i) teachers affected by harassment will tend to perceive their work performance decreases; (ii) negative organizational climate makes greater predisposition to harassment and work performance decreases; (iii) there is no protocol in the Department of Education to manage harassment situations; (iv) teachers reflected an equivalent proportion between subjecting or confronting the bullying; (v) the largest number of participants identified the stalker as their immediate boss; (vi) the consequences of psychological harassment at work manifest at physical level (cardiovascular disorders) and psychological (stress and depression). The study's recommendations are as follows: legal counselling for teachers and guidance for school directors. Further investigations on the subject are expected to be continued and the adoption of the Law in Puerto Rico.

Keywords: teachers, Department of Education of Puerto Rico, psychological work harassment, organizational climate, work performance.

Introducción

Durante la última década del siglo XX y los inicios del siglo XXI ha surgido un aumento en casos de maltrato psicológico, de violencia verbal y física en el ambiente laboral (Guevara, 2006; citado por Soto, 2006; Castro y Sánchez, 2009). Entre 2017 y 2018 el 51.8% de los empleados en Puerto Rico experimentaron acoso laboral (Rivera, 2020). Piñuel y Oñate (2002) señalan que estos casos surgen como consecuencia de los cambios organizacionales. Werther y Davis (2008) explican cómo los cambios organizacionales (e. g., realizar tareas adicionales al puesto de trabajo) afectan adversamente el estado emocional de los trabajadores.

Desde mediados de la década de los cincuenta, en Puerto Rico se ha legislado para proteger los derechos constitucionales de los empleados. En 1959, entró en vigor la primera ley dirigida a proteger al empleado ante el discrimin en el empleo. Desde entonces, ha surgido una serie de leyes para salvaguardar los derechos laborales de los puertorriqueños (Rivera, 2020).

En Puerto Rico, los estudios de Martínez et al, 2005 enmarcan el concepto del *mobbing* como acoso psicológico. Lo cierto es que ya sea *mobbing* o acoso psicológico, o acoso moral existe en todas partes lo que puede diferenciarlos es cómo se da en contextos y por las diferentes culturas.

El Proyecto de Ley del Senado 1008 (2005, 7 de octubre) establece inicialmente la definición legal de acoso laboral (*mobbing*) en Puerto Rico. Esa definición fue la empleada para someter el Proyecto de Ley de la Cámara 3898 (2012, 12 de junio) que fijaría la Ley contra la Violencia Psicológica en el Ámbito Laboral en Puerto Rico:

“constituye acoso laboral en el empleo aquella conducta abusiva verbal, escrita o física de forma reiterada por parte del patrono, sus agentes, supervisores o empleados, ajena a los legítimos intereses de la empresa del patrono, no deseada por la persona, que atenta contra sus derechos constitucionales protegidos, tales como: la inviolabilidad de la dignidad de la persona, la protección contra ataques abusivos a su honra, su reputación y su vida privada o familiar, y la protección contra riesgos para su salud o integridad personal en su trabajo o empleo. Esta conducta de acoso crea un entorno de trabajo intimidante, humillante, hostil u ofensivo, no apto para persona alguna (p. 2)”.

Lo cierto es que tanto la reacción como las consecuencias del *mobbing* varían de acuerdo a la capacidad de afrontamiento, características personales y el apoyo social con que cuenta el individuo (Vélez, 2006). Según Martínez (2009) las consecuencias del acoso se registran a cuatro niveles: (a) para la víctima, (b) para la organización (empresa), (c) para la familia; y (d) para la sociedad más amplia. Ventín (2011b) insiste en que el *mobbing* no es una patología sino una serie de comportamientos hostiles que hacen enfermar a un trabajador. Por tanto, los servicios de salud serán la primera puerta a la que acudirán en busca de ayuda externa ya que dentro de la empresa no la encuentran (la empresa lo ignora, los compañeros lo esquivan). Las repercusiones para la familia y la red de apoyo social se traducen en aspectos tales como: desatención de los roles y responsabilidades familiares, discusiones en la familia y de pareja, perder proyectos en consorcio, divorcio, bajo rendimiento escolar de los hijos, pérdida de los amigos, evitar el contacto social, y dificultades en la economía familiar debido a posibles gastos médicos o pérdida de ingresos por ausencia al trabajo. Realmente la familia es la víctima sin rostro del *mobbing* (Ahumada, 2010; Martínez, 2009, Sanz y Rodríguez, 2011).

En la empresa las consecuencias son: pérdida de productividad, incremento del gasto económico por motivos de retiros por incapacidad y/o jubilaciones tempranas, exigencias a los trabajadores para aumentar su productividad, violencia en el lugar de trabajo y mala organización en el lugar de trabajo que influye tanto en la salud como en la conducta del trabajador (Ahumada, 2010; Martínez, 2009; Peralta, 2004).

El *mobbing* puede causar enfermedades ocupacionales severas e incapacitantes para generar ingresos y puede producir aislamiento social. Pueden darse casos donde aparezcan ideas suicidas, que en situaciones extremas pueden ponerse en práctica (Leymann, 1996). Frecuentemente el *mobbing* genera trastornos combinados físicos y mentales que incapacitan a la persona que lo padece (Zapf y Einarsen, 2003).

El modelo en el que se basa la presente investigación es de Campbell, McCloy, Oppler y Sager (1993) que propusieron un modelo de desempeño laboral que proporciona un punto de vista más detallado del mismo y que ayuda a separar los factores que están bajo el control directo del trabajador de aquellos que no lo están. Con base en una extensa investigación con personal del ejército, Campbell desarrolló un modelo jerárquico del desempeño laboral (Campbell, 1990; Campbell, McHenry y Wise, 1990; Landy y Conte, 2005). Propuso tres determinantes directos del desempeño laboral: el conocimiento declarativo (CD), habilidades y conocimiento procedimental (HCP) y la motivación (M). Por determinantes, el autor quiere decir los bloques básicos de la construcción o causas del desempeño.

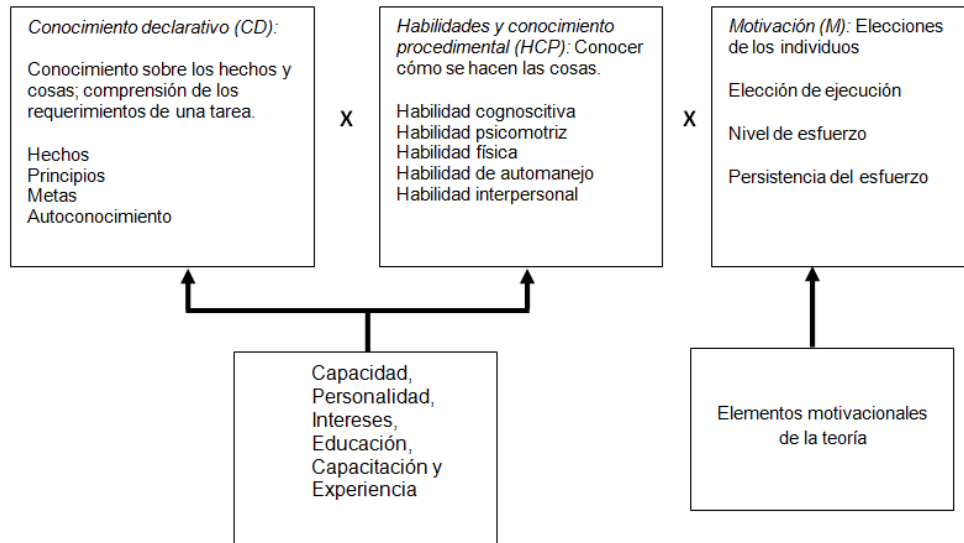


Figura 1. Determinantes del Desempeño Laboral de Campbell et al (1993)

Jasén (2010) también propone que muchas de las variables como la capacidad, la personalidad, el interés, la capacitación, la experiencia y los motivadores tienen un efecto *indirecto* sobre el desempeño, tal y como puede verse en la figura 1. Estas variables pueden afectarlo simplemente cambiando el nivel de conocimiento declarativo (CD), habilidades y conocimiento procedimental (HCP) o la motivación (M). Por ejemplo, el incremento en la capacitación o la experiencia afectará el desempeño al incrementarse el conocimiento declarativo, la habilidad y el conocimiento procedimental; los incentivos afectarán al desempeño al incrementarse la motivación (induciendo a una persona a desempeñarse a alto nivel o durante un periodo largo) (Campbell et al., 1993; Landy y Conte, 2005).

Existe otro aspecto importante en el Modelo de Campbell: los componentes del desempeño real. El conocimiento declarativo, la habilidad y conocimiento procedimental y la motivación son determinantes del desempeño, no son conductas (no son desempeño en sí mismo). La investigación de Campbell et al., (1993) identificó por lo menos ocho componentes básicos del desempeño, algunos de los cuales pueden encontrarse en cualquier empleo. Cuando se combinan los ocho componentes con los tres determinantes y con los diversos determinantes indirectos del desempeño, se obtiene un modelo extenso como el que se presenta en la Figura 2. Aunque se especifican ocho componentes del desempeño, no todos aparecerán en todos los empleos. No obstante, el modelo permite que el desempeño sea analizado en todos o en las partes de tales componentes. Campbell et al., (1993) afirman que tres de los componentes: la destreza en la tarea principal, el esfuerzo demostrado y el mantenimiento de la disciplina personal son esenciales en algún nivel de cualquier empleo.

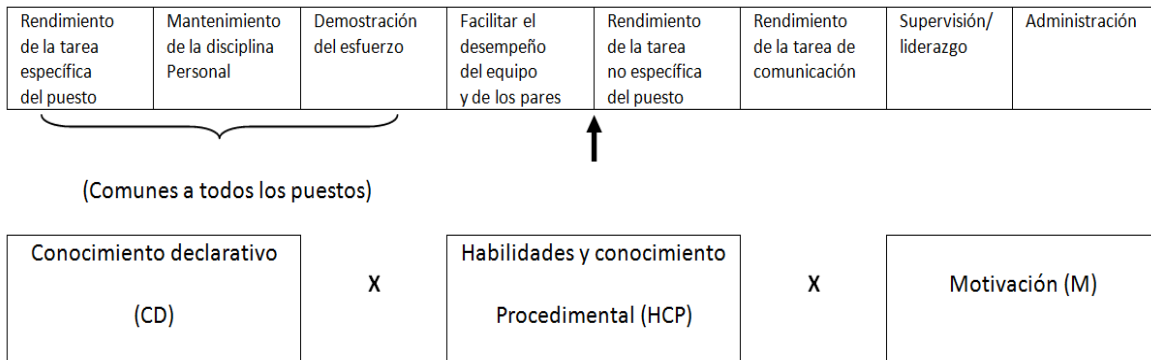


Figura 2. El Modelo de Campbell et al (1993)

Otros autores (Jasen, 2010), señalan que no se debe olvidar, que Campbell, McCloy, Oppler y Sager (1993) afirman acertadamente, que las consecuencias y los resultados en el trabajo no están bajo el control total y exclusivo del empleado, sino que pueden existir muchas otras causas de un mal rendimiento que no dependen del trabajador en sí, como, por ejemplo:

- Prácticas organizativas: mala comunicación interna, formación escasa, destino no apropiado, falta de atención a las necesidades del trabajador, directrices de trabajo poco claras, entre otros factores.
- Preocupaciones relacionadas con el puesto: requisitos cambiantes o poco claros, aburrimiento o carga de trabajo excesiva, escasez de oportunidades de desarrollo, problemas con los compañeros, falta de recursos, falta de habilidades para el puesto, entre otros.
- Problemas personales: familiares, económicos, inestabilidad emocional, problemas para conciliar trabajo y familia, entre otros.
- Factores externos: sector con mucha competencia, conflicto entre los valores éticos del trabajador y las demandas del puesto, conflictos entre sindicatos y dirección, entre otros.

El *objetivo* fundamental de esta investigación fue hallar factores motivacionales y ambientales (clima organizacional) que exacerban conductas de acoso hacia el maestro en dos municipios del área sur de Puerto Rico. Se indagó desde la perspectiva del maestro cómo el Departamento de Educación de Puerto Rico maneja las situaciones de acoso laboral y en los casos donde existe *mobbing* cómo ha afectado el rendimiento laboral del maestro en estos municipios. Para hallar respuestas a los objetivos se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: El maestro afectado por el acoso psicológico laboral (*mobbing*) tendrá una disminución del rendimiento laboral en su área de trabajo.

Hipótesis 2: El clima organizacional tenso o negativo predispone al acoso psicológico laboral.

Hipótesis 3: Cuanto más sano es el clima organizacional en el lugar de trabajo, menor es la percepción que el maestro tiene de la disminución de su rendimiento laboral.

Hipótesis 4: El desconocimiento sobre el protocolo de acoso psicológico laboral impide al maestro afrontar una situación de acoso que le afectará su rendimiento laboral.

Método

El *diseño* de investigación se realizó utilizando un muestreo no probabilístico de tipo intencional debido a que se suministraron los cuestionarios por medio de trabajadores sociales escolares que conocían los maestros afectados por el acoso y aplicando el Código de Ética de los Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico (canon III, artículo 1: confidencialidad). Se les proveyó confidencialidad del proceso mediante consentimiento informado.

Los *participantes* de este estudio fueron los maestros del sistema público de enseñanza de Puerto Rico. Se utilizó una muestra representativa de 202 maestros.

Los *instrumentos* de medición utilizados fueron los siguientes:

- *Cuestionario del Álamo sobre Maltrato Laboral* (Del Álamo, 2006). Evalúa el acoso psicológico laboral. Se compone de los siguientes elementos: (1) La primera parte se compone de cuarenta y tres ítems que se contestan en una escala de 0 a 2 puntos y (2) la segunda parte del cuestionario consta de diez preguntas abiertas que el participante contestaría, si éstas se aplicaban a su situación de acoso. Por último, se incluyó (3) una pregunta final para valorar el efecto del *mobbing* en el rendimiento laboral del maestro. Para esta pregunta que mide el *rendimiento laboral* (hipótesis 4) se utilizó la misma escala de valoración de los primeros 43 ítems.

- *Cuestionario de Clima Organizacional* obtenido del Departamento de Salud de Lima, Perú (Ugarte, Melitón, Clendenes y García, 2009). Contiene 53 ítems que se contestan mediante una Escala Likert de 0 a 4 puntos. Este cuestionario mide las dimensiones del clima organizacional (comunicación, conflicto y cooperación, confort, estructura, identidad, innovación, liderazgo, motivación, recompensa, remuneración y toma de decisiones).

Las fiabilidades (alpha Cronbach) para la muestra empleada fueron las siguientes: 0.97 para el Cuestionarios Del Álamo y 0.98 para el Cuestionario de Clima

Organizacional. Estos cuestionarios fueron suministrados durante octubre 2012 a mayo 2013 y finalmente se logró la autorización como tesis doctoral para marzo 2016.

Para el *análisis de datos* se utilizó el software SPSS versión 21.0. Se realizaron los siguientes análisis de los resultados: estadísticas descriptivas, resumen del procesamiento de los casos, bondad de eje, pseudo R-cuadrado y estimaciones de los parámetros. Para el análisis de las variables, dado que las variables no siguen una distribución normal no era posible aplicar el Coeficiente de Correlación de Pearson y se optó por el cálculo del Coeficiente de Correlación de los Rangos de Spearman. Este coeficiente es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos. El coeficiente de correlación de Spearman se rige por las reglas de la correlación simple de Pearson, y las mediciones de este índice corresponden de + 1 a - 1, pasando por el cero, donde este último significa no correlación entre las variables estudiadas, mientras que los dos primeros extremos denotan la correlación de rangos máxima. La ecuación utilizada en este procedimiento, cuando en el ordenamiento de los rangos de las observaciones no hay datos empatados o ligados, es la siguiente:

$$p = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Donde:

p= coeficiente de correlación de Spearman.

D² = diferencias existentes entre los rangos de las dos variables, elevadas al cuadrado.

N = tamaño de la muestra expresada en parejas de rangos de las variables.

Para comprobar la fiabilidad de las escalas utilizadas estas fueron analizadas mediante el Alpha de Cronbach. Donde el *Cuestionario del Álamo sobre Maltrato Laboral* arrojó 0.97 para los 43 ítems de la escala y el *Cuestionario de Clima Organizacional* 0.98 para los 53 ítems. Adicionalmente, se realizó la prueba de Esfericidad de Bartlett donde ambas escalas arrojaron un grado de significancia de .000. Finalmente, la Validez de Constructo para ambas escalas fue de 0.83.

En cuanto a la muestra hubo un predominó de la participación de las féminas (154 participantes/ 76%) versus un 24% de participación de los varones (48 participantes). Estos datos coinciden con los hallazgos obtenidos en las investigaciones de Martínez (2006), Rivera (2009) y Velázquez (2002). El 90% de la muestra tenían edades que fluctuaban entre los 21-30 años. De esta muestra solo 14 participantes (7%) afirmaron tener algún tipo de discapacidad. La mayoría de los encuestados tenía bachillerato (64%/ 129 participantes). El 36% /73 participantes habían completado una maestría y sólo el 1% (2 participantes) un doctorado. Lo que es indispensable para alcanzar el más alto ingreso económico reflejado en los sueldos de los maestros que aplican a la Ley de Carrera Magisterial (Velázquez, 2002). El 44% (89 participantes) tenían 11 años de experiencia en el Departamento de Educación y finalmente 23% /46 participantes con 0-10 años de experiencia.

Resultados

Dado que las variables no siguen una distribución normal no es posible aplicar el coeficiente de correlación de Pearson y se opta por el cálculo del coeficiente de correlación de los rangos de Spearman. Este coeficiente es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos. El coeficiente de correlación de Spearman se rige por las reglas de la correlación simple de Pearson, y las mediciones de este índice corresponden de + 1 a - 1, pasando por el cero, donde este último significa no correlación entre las variables estudiadas, mientras que los dos primeros extremos denotan la correlación de rangos máxima. Comenzando por la variable Mobbing (Mobb1) según la gráfica de histograma y la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors (Tabla 1), existe una asimetría negativa, ya que los datos se agrupan hacia la izquierda de la media (Figura 3). La distribución de la variable *mobbing* no es normal debido a que el nivel de significación es menor de 0.05. Los resultados de los estadísticos básicos nos indican que 17 participantes (8%) de la muestra padecían un grado de *mobbing* moderado y 28 participantes (14%) de la muestra un grado leve. Ningún participante según la Escala Del Álamo atravesó por un *mobbing* severo.

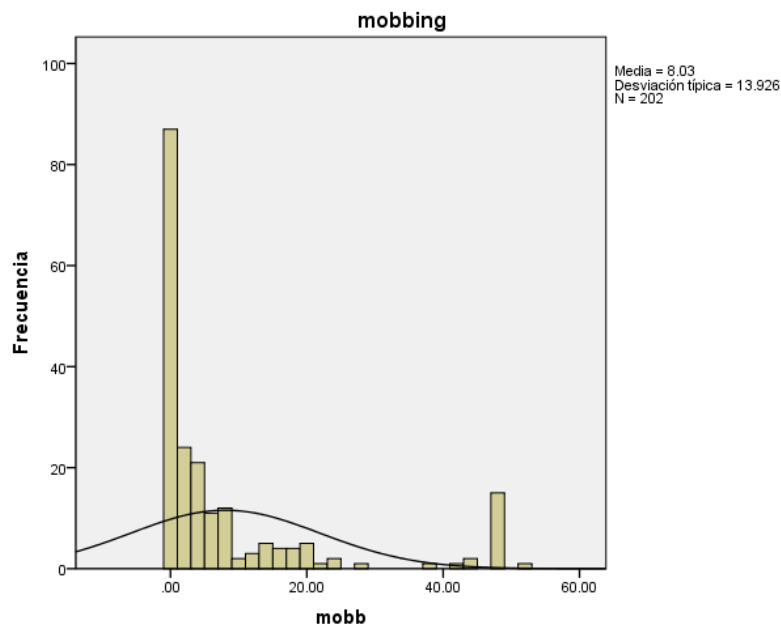


Figura 3. Gráfica de Histograma para la variable *Mobbing*

Tabla 1
Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov para las variables

	Prueba de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Mobb1	,282	202	,000	,616	202	,000
Rdto1	,451	202	,000	,574	202	,000
Clima1	,067	202	,026	,964	202	,000

Nota: a. Corrección de la significación de Lilliefors

En los resultados de la gráfica de histograma y la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors (Tabla 1) en la variable Rendimiento Laboral (Rdto1), determinan que la variable muestra una asimetría negativa (los datos se agrupan hacia la izquierda de la media) y la distribución no es normal debido a que, de nuevo, el nivel de significación es menor de 0.05 (Figura 4).

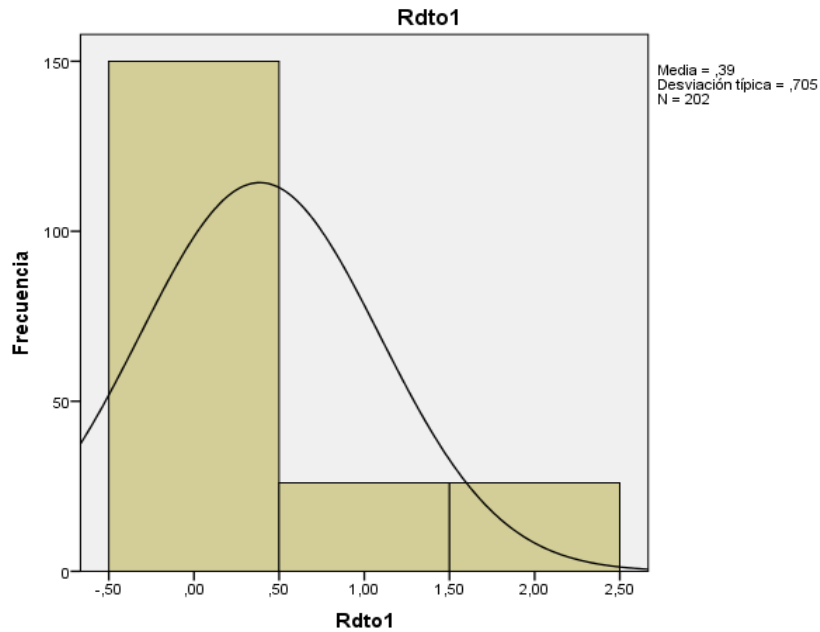


Figura 4. Gráfica de Histograma para la variable Rendimiento Laboral

Los estadísticos básicos de la variable se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 3
Estadísticas Descriptivas de las variables

		Rdto1	Clima1	Mobb1
N	Válidos	202	202	202
	Perdidos	0	0	0
Media		,3861	138,9158	8,0347
Desv. típ.		,70493	42,03786	13,92638

La variable tiene una desviación típica de 0.70 y una media (promedio) de 0.39 (Tabla 3). Los gráficos nos muestran que la mayoría de los educadores no perciben que su rendimiento laboral disminuya por ser víctima de *mobbing*.

Tabla 4
Distribución de frecuencias de la variable Rendimiento Laboral (Rdto1)

		Rendimiento Laboral (Rdto1)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	150	74,3	74,3	74,3
	1,00	26	12,9	12,9	87,1
	2,00	26	12,9	12,9	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Los resultados de la distribución de frecuencias muestran que únicamente el 25,8% de los encuestados perciben algún tipo de la disminución de su rendimiento y de ese total la mitad aseguran que su disminución es severa (Tabla 4). En este sentido, la media de la variable tiene un valor de 0,39. Si se tiene en cuenta que las puntuaciones de la escala son de 0 a 2, el valor obtenido está más próximo al límite inferior. A la vista de esta información podríamos afirmar que los maestros del municipio no perciben un menor rendimiento profesional.

Para la variable Clima Organizacional (Clima 1) los resultados de la gráfica de histograma determinan una forma de campana (Figura 5), pero la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors (Tabla 1), determina que esta variable tampoco es normal ($p < 0.05$).

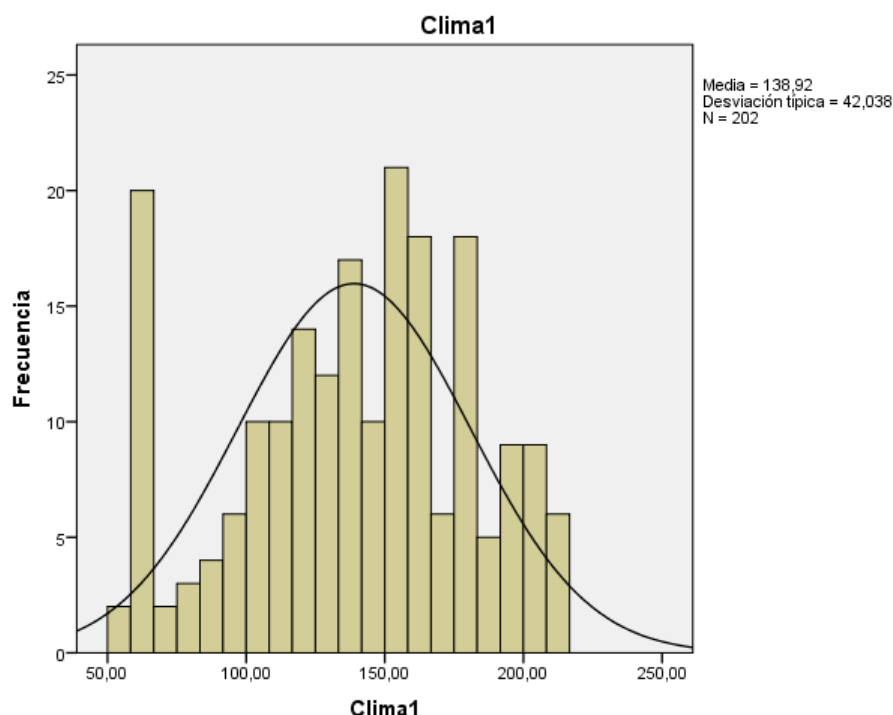


Figura 5. Gráfica de Histograma para la variable Clima Organizacional (*Clima1*)

La variable tiene una desviación típica de 42.03 y una media de 138.91 (Tabla 3). Los resultados nos muestran que los educadores en su mayoría no consideran que haya un clima organizacional negativo o tenso. La puntuación de la muestra sobre clima nos dice que de un máximo de 212 (53 ítems multiplicados por la puntuación máxima de cada ítem que es 4 = 212) se han obtenido 138.91 puntos, lo que nos indica que la mayoría de los participantes han contestado que hay un clima organizacional por mejorar. En línea con los resultados anteriores, los educadores, en su mayoría, no consideran que haya un clima organizacional muy negativo o poco saludable, pero que sí existe un numeroso grupo que considera que debería mejorar. Si se analiza la variable por cuartiles los resultados son los siguientes:

- Un 25% de los encuestados considera que el Clima Organizacional es no saludable obteniéndose un valor máximo en el estrato de 110,75 (110,75; 55-128).
- La mitad de la muestra considera que el clima en el que se desarrolla su actividad es cuando menos mejorable (142; 129-202).
- Finalmente, el 25% restante considera que el ambiente en el que trabaja es apto y saludable.

Como análisis final, en el tratamiento individual de las variables se proporciona una tabla que resume las frecuencias de las respuestas (Tabla 5) para tratar de establecer una visión general de los resultados. Como aclaración previa se establece que la variable Clima Organizacional será tratada de manera diferente al caso anterior. Para este análisis, los resultados se han ordenado de manera inversa a su definición original para poder así estudiar los cuartiles de forma coherente.

Tabla 5
Resumen de las frecuencias de las variables de la investigación

		Mobbing	Rendimiento Laboral	Clima Organizacional
Cuartiles	25	0	0	110.75
	50	1	0	142
	75	7,25	1	171

En conclusión, el 75% de la muestra cree que su nivel de *Moobing* es mínimo (7,25; 0-31), que su rendimiento laboral ha disminuido de manera moderada (1), y que su Clima Organizacional debería ser mejor (171; 129-202). Estos resultados se completarán con el análisis conjunto de las variables que permitirá verificar o no las hipótesis de investigación.

Los resultados de las cuatro hipótesis propuestas para la investigación fueron los siguientes:

Hipótesis 1: Se acepta, el maestro afectado por el acoso psicológico laboral (*mobbing*) tendrá una disminución del rendimiento laboral en su área de trabajo.

Hipótesis 2: Se acepta, el clima organizacional tenso o negativo predispone al acoso psicológico laboral.

Hipótesis 3: Se acepta, cuanto más sano es el clima organizacional en el lugar de trabajo, menor es la percepción que el maestro tiene de la disminución de su rendimiento laboral.

Hipótesis 4: Queda rechazada, según la cual, el desconocimiento sobre el protocolo de acoso psicológico laboral impide al maestro afrontar una situación de acoso que le afectará su rendimiento laboral. Los resultados reflejaron que el ser víctima de acoso laboral (y/o el supuesto desconocimiento) no impidió al participante buscar ayuda de alguna manera (amigos, familiares, terapéutica y legal).

La interpretación de la hipótesis 4 fue realizada cualitativamente mediante un análisis descriptivo de las respuestas proporcionadas por los participantes a las preguntas abiertas. Solo 60 (30%) participantes del total de la muestra (n=202) contestó las preguntas abiertas (10 preguntas) del Cuestionario Del Álamo sobre Maltrato Laboral.

Los resultados fueron interpretados a la luz del modelo propuesto por Campbell et al., (1993). Entre los resultados más relevantes se destacan:

- Los maestros fueron acosados por sus directores de escuela (66.6%/40 participantes), altos gerentes gubernamentales (8.3%/5) y compañeros de trabajo (28.3%/17).
- En la *segunda pregunta* abierta se les preguntó que cuantificaran cuántas veces sufrían el *mobbing* dividiendo la respuesta entre: diariamente, semanalmente o mensualmente. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 43.3% (26) de los maestros contestaron que eran objeto de acoso laboral diariamente, 15% (9)

expresaron que eran víctimas de acoso mensualmente y el 11.6% (7) fueron víctimas ocasionalmente.

- En *tercer lugar*, se les preguntó que especificaran desde hace cuánto tiempo se inició el maltrato y cuáles fueron sus primeras manifestaciones. Estas fueron sus respuestas: 28% (16 participantes) de los maestros fueron víctimas de acoso por 3 años consecutivos, 13.3% (8 participantes) fueron víctimas de 1 a 2 años y 6.6% (4 participantes) fueron víctimas de 1 a 11 meses.
- Entre las manifestaciones de *mobbing* se hallaron: evaluaciones de desempeño deficientes, obligarlos a realizar tareas, negarse a proveer acomodos por salud, intimidación, ocultarle al maestro información, evitar reuniones, ausentarse a reuniones y discutir asuntos importantes en ausencia del maestro, situaciones de disciplina en la sala de clases con estudiantes con trastorno oposicional desafiante que no fueron atendidas, llamadas de atención frente a otros maestros, criticar la vestimenta del maestro, insultar al maestro cuando se le pregunta al director sobre el manejo financiero, discusiones en reuniones y preferencia por algunos empleados.
- En la *cuarta pregunta* se les solicitó que manifestaran desde hacía cuánto tiempo la intensidad del *mobbing* se había vuelto insoportable: 19 participantes (31.6%) manifestaron que se había tornado insoportable el acoso en los últimos 2 años, 6 participantes (10%) manifestaron no soportarlo desde hace 1 año, 5 participantes (8.3%) manifestaron haberlo sufrido durante 3 meses o menos, 3 participantes (5%) sorprendentemente lo calificaron insoportable los (últimos 10, 20 y 21 años cada uno de ellos, otros 3 participantes (5%) manifestaron soportarlo hasta 6 años.
- En la *quinta pregunta* se les solicitó que identificaran si hubo o no un evento desencadenante del *mobbing*: 28 participantes (46.6%) contestaron que no identificaron ningún acontecimiento desencadenante y 16 participantes (26.6 %) contestaron que sí hubo acontecimientos desencadenantes.
- Entre las situaciones que experimentaban que desencadenaban acoso (*pregunta seis*) manifestaron: ocultarle al maestro información, no atender situaciones de agresión, evitar que asista a reuniones, llamadas de atención, criticarlo e insultarlo frente a otros, discusiones en reuniones de facultad y preferencia por empleados específicos.
- En la *pregunta siete* se les preguntó a los participantes si el acoso aumentaba o disminuía con los años: 4 participantes (6.6%) identificaron que el maltrato iba menos con los años, 26 (43.3%) identificaron que el maltrato era mayor con los años y 30 (50%) identificaron que el maltrato variaba o se quedaba igual mientras transcurrían los años.
- La *pregunta ocho* se presentó para indagar la reacción del participante hacia el acoso. Se le preguntó: ¿Qué hace usted ante el maltrato laboral (que dice o hace usted, se somete o no, se enfrenta o no), etc.? 26 participantes (43.3%) se sometían al acoso, es decir, manifestaron no hacer ni decir nada, 26 (43.3%) enfrentaban al acosador y realizaron querrelas, 2 (3.3%) manifestaron llevar la situación hasta las últimas consecuencias y defender sus derechos.

- En cuanto a las consecuencias negativas del *mobbing*, 17 (28.3%) participantes manifestaron que en el área laboral el *mobbing* los había afectado mucho: 9 (15%) expresaron realizar sólo las tareas necesarias, 7 (11.6%) manifestaron no desear llegar al trabajo, 5 (8.3%) opinaron que su motivación disminuyó, 2 (3.3%) que se sentían insatisfechos y otros 2 (3.3%) que su rendimiento laboral disminuyó. En general, unos 42 participantes (70%) de los educadores manifiestan que el sufrir de *mobbing* sí ha influido en su rendimiento laboral de alguna manera.
- Con respecto a las consecuencias personales, las manifestaciones psicológicas y emocionales manifestadas entre las víctimas de acoso se hallaron: depresión, estrés, incomodidad, insomnio, frustración, ansiedad, irritabilidad, baja estima, sentimientos de haber estudiado la profesión equivocada, tristeza y pobre memoria, haberse afectado mucho su entorno familiar, discusiones frecuentes con sus parejas, divorcio, disminución del deseo sexual, desánimo, llegaban rumores a sus hijos que los afectaba emocionalmente, alejarse de las amistades, no realizar actividades recreativas, disminución en el rendimiento como atleta. Entre las manifestaciones físicas manifestadas por los participantes se hallaron: alta presión y dolores musculares.
- Otros datos reflejaron que 23 (38.3%) participantes expresaron que su calidad de vida había disminuido mucho o la califican como pobre.

Discusión y conclusiones

Como consecuencia del análisis de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se desprenden unas implicaciones teóricas y metodológicas vinculadas a los objetivos de investigación que buscan hallar factores motivacionales y ambientales que desencadenan el *mobbing* y como el maestro maneja las situaciones de acoso laboral.

Los objetivos que enmarcaron esta investigación y que sirvieron como marco de referencia para el desarrollo de la tesis, relativos a los maestros de dos pueblos del área sur de Puerto Rico fueron logrados. A continuación, se desglosan las conclusiones fundamentales que se alcanzaron en este trabajo de investigación. Así, los resultados obtenidos nos muestran que:

1, Los maestros afectados por el acoso psicológico laboral tenderán a percibir que su rendimiento laboral disminuye, tal y como se formuló en la hipótesis primera. En el ámbito cualitativo un 70% (42 participantes) de los educadores manifestaron que el sufrir de *mobbing* sí ha influido en su rendimiento laboral de alguna manera.

2. Se indagó sobre los factores ambientales que inciden en el acoso laboral, y se concluye que el clima organizacional negativo o tenso hace que sea mayor la predisposición al acoso psicológico laboral entre los maestros. Este resultado se encuentra en consonancia con lo hallado en la literatura citada.

3. El rendimiento laboral también disminuye cuando el clima organizacional es tenso o negativo. Por el contrario, cuanto más sano es el clima menor es la percepción de la disminución del rendimiento por parte del educador. A la luz de los resultados obtenidos en esta investigación se desprende que la mayoría de los maestros del sistema

público de enseñanza de dos pueblos del área sur de Puerto Rico no manifiestan percibir un menor rendimiento profesional.

4. Entre los hallazgos cualitativos también se destaca que las víctimas de *mobbing* sufrían los episodios de acoso con una frecuencia de una a dos veces por semana. El tiempo en que se prolongó el acoso laboral fue variable, entre sólo una ocasión hasta 20 años. Así, los participantes identificaron que el acoso laboral se mantenía igual con los años o aumentaba y que existieron eventos iniciales desencadenantes del acoso. La mayor cantidad de años experimentando el *mobbing* prevaleció en 16 participantes (28.3%) que fueron afectados por 3 años. Estos datos coinciden con los hallados por Di Martino, Hoel, y Cooper (2003), Einarsen, et al (2003), Hoel y Cooper (2001), Hoel, Rayner y Cooper (1999) y Vélez (2006).

5. Se investigó cómo el Departamento de Educación de Puerto Rico manejaba las situaciones de acoso según la perspectiva de los maestros. De los datos cualitativos se halló que 59 participantes (98.33%) conoce el protocolo a seguir en caso de sufrir acoso. Además, se halló que aún existen maestros que desconocen a dónde acudir para buscar ayuda (menos de 1%), orientarse sobre el *mobbing* y los derechos que los cobijan para defenderse (Huertas, 2008, Lexjuris, 2013). Cabe señalar que el proceso que se utilizaba hasta el 2018 para manejar las situaciones de acoso no estaba detallado ni escrito en un protocolo formal ni publicado por el Departamento de Educación ya que en Puerto Rico no existía una ley sobre acoso laboral (*mobbing*) (*Proyecto de Ley del Senado 1008*; 2005, 7 de octubre). No es hasta el 7 de agosto del 2020 que se firma la Ley para prohibir y prevenir el acoso laboral en Puerto Rico (Rivera, 2020). Se halló una guía basada en los proyectos de ley redactada por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico para el 8 de mayo de 2019 (Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, 2019).

6. Se estudió cómo los maestros manejan las situaciones de acoso laboral. Sorprendentemente los datos reflejaron una proporción equivalente entre someterse o enfrentarse al acosador entre los 60 participantes que contestaron las preguntas cualitativas del cuestionario Del Álamo (23/ 38.3% se sometieron y 26/ 43.3% lo enfrentaron). Estos datos coinciden con los hallados por Rosado (2006), Topa, Depelo y Morales (2007).

7. La mayor cantidad de participantes, 40 (66.6%) de las respuestas cualitativas identificaron al acosador como su jefe inmediato (director escolar), 17 participantes (28.3%) identificaron a sus compañeros de trabajo y un dato importante fue que 5 participantes (8.3%) identificaron a altos jefes (superintendentes de escuelas). Estos datos coinciden con los hallados por Lebrón (2007), Martínez (2006), Rodríguez (2007).

8. Las consecuencias del acoso psicológico en el trabajo se manifiestan a nivel físico (trastornos cardiovasculares) y psicológico (estrés y depresión) (Colunga et al, 2012; Ventín, 2011a).

9. Una importante aportación de esta parte del trabajo es que parte de los datos y resultados obtenidos podrían constituir una herramienta predictiva que podría utilizarse en la toma de decisiones en la organización, en la que según el cálculo de probabilidades y conocidos los niveles de *Mobbing* que sufre un determinado trabajador y el grado de

bondad de su Clima Organizacional, se podría estimar si su rendimiento laboral ha disminuido o no (Morales, 2020).

Entre las limitaciones de esta investigación, destacamos: (1) que a pesar de que el modelo ampliado de Campbell tiene una gran cantidad de intuición, así como apoyo de investigación (McCloy et al, 1994), considera el desempeño como entidad unitaria o como un factor individual amplio [lo que contradice lo que se observa diariamente en el área de trabajo] y un punto de vista igualmente ineficaz que sostiene que cada empleo es diferente y no puede haber un entendimiento general del desempeño laboral más allá del empleo particular que se esté considerando (Campbell et al., 1993; citados por Landy y Conte, 2005). (2) Poca participación de la muestra en el área cualitativa del Cuestionario Del Álamo sobre Maltrato Laboral que constaba de 10 preguntas abiertas. (3) Se resalta la necesidad de realizar estudios futuros en Puerto Rico para profundizar en esta temática con la ley ya aprobada. (4) Por último, se reconoce la antigüedad del estudio como una limitación ya que los cuestionarios fueron sometidos entre el 2012-2013. Sin embargo, consideramos que la situación del mobbing en Puerto Rico no ha mejorado en esos últimos años.

Los cuerpos legislativos de Puerto Rico aprobaron el Proyecto de Ley contra el Acoso Laboral, el 5 de mayo de 2014 (Bauzá, 2014), el Proyecto de la Cámara 306 fue aprobado el 24 de julio de 2020 (Colón, 2020) y finalmente, el 7 de agosto de 2020 fue aprobada la Ley para prohibir y prevenir el acoso laboral en Puerto Rico (Rivera, 2020). Según los resultados y las conclusiones de este estudio las recomendaciones que se desprenden son las siguientes: es imperativo actuar poniendo en marcha estrategias de prevención como bien lo indica la ley en Puerto Rico (Rivera, 2020). Se ha de empoderar a los maestros con estrategias efectivas de asesoramiento legal (en forma de campañas informativas y mediante el único representante legal de los maestros como lo es la Asociación de Maestros de Puerto Rico), búsqueda de información, ayuda psicológica para ellos y sus familias. Resulta vital llevar a las escuelas y sus directores escolares las implicaciones legales que redundan en continuar con este clima organizacional insano. Finalmente, se espera que se continúen nuevas investigaciones sobre este tema ampliando la muestra en Puerto Rico.

Referencias

- Ahumada, O. (2010). El acoso laboral en la administración pública. *Universidad Central de Chile*, 1-11.
- Bauzá, N. (2014). Cámara aprueba proyecto de ley que prohíbe el acoso laboral. *Periódico Primera Hora*. <http://www.primerahora.com/noticias/gobierno-politica/nota/camaraapruebaproyectodeleyqueprohibeelacosolaboral-1007773/>
- Campbell, J. P. (1990). Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. In M. D. Dunnette y L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 687–732). Consulting Psychologists Press.

- Campbell, J. P., McHenry, J. J. y Wise, L. L. (1990). Modeling Job Performance in a Population of Jobs. *Personnel Psychology*, 43, 313-575. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.1990.tb01561.x>
- Campbell, J. P., McCloy, R. A., Oppler, S. H. y Sager, C. E. (1993). A theory of performance. In N. Schmitt and W. C. Borman (Eds.), *Personnel selection in organizations* (pp. 35-70). Jossey-Bass, San Francisco.
- Castro, M. I. y Sánchez, J. A. (2009). Técnicas gerenciales efectivas para reducir el maltrato psicológico, los problemas, sus consecuencias y la violencia en el trabajo. *Revista OIKOS*, 13(27), 51-66.
- Código de Ética de los Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico (2017). Publicación del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico, 40-43. <https://cptspr.org/wp-content/uploads/2017/03/Co%CC%81digo-de-E%CC%81tica-2017-REV050317web.pdf>
- Colón, J. (2020). Legislatura: senado da paso a medida que define el concepto de acoso laboral y castiga su práctica. *Periódico El Nuevo Día*. <https://www.elnuevodia.com/noticias/legislatura/notas/senado-da-paso-a-medida-que-define-el-concepto-de-acoso-laboral-y-castiga-su-practica/>.
- Colunga, C., González, M. A., Lorelei, P. y Gómez, H. A. (2012). Workplace harassment and workers' health: review of the "mobbing and health" working groups. *Social Medicine*, 6(4), 264-268.
- Del Álamo, A. R. y Poveda, A. (2006). *Mobbing: el acoso dentro de la empresa: cuestionario del Álamo sobre mobbing (acoso laboral)*. <http://www.psicologiaonline.com/autoayuda/trabajo/mobbing.shtml>
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, (2019). *Guías para la interpretación de la legislación laboral en Puerto Rico*. https://www.trabajo.pr.gov/docs/Boletines/Guias_Legislacion_Laboral.pdf
- Di Martino, V., Hoel, H. y Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harrassment in the workplace. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Luxembourg, 1-109. <http://edz.bib.uni-mannheim.de/www-edz/pdf/ef/02/ef02109en.pdf>
- Einarsen, S. y Mikkelsen, E. G. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf y C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International Perspectives in Research and Practice*, (pp. 3-30). Taylor and Francis.
- Hoel, H., Rayner, C. y Cooper, C. L. (1999). Workplace bullying. In C. L. Cooper y I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*, 14, (pp. 195-230). John Wiley & Sons Ltd.

- Hoel, H. y Cooper, C. L. (2001). Origins of bullying: theoretical frameworks for explaining workplace bullying. In N. Tehrani (Ed.), *Building a culture of respect: managing bullying at work*, (pp. 3-32). Taylor and Francis.
- Huertas, M. (2008). Estrategias para lidiar con el acoso moral en las empresas. *Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*. <http://sistemasdeoficina.uprrp.edu/acosomoral.htm>
- Jaén, M. (2010). *Predicción del rendimiento laboral a partir de indicadores de motivación, personalidad y percepción de factores psicosociales* [Tesis doctoral] Universidad Complutense de Madrid, España.
- Landy, F. y Conte, J. (2005). *Psicología industrial: introducción a la psicología industrial y organizacional*. McGraw Hill.
- Lebrón, J. (2007). *Hostigamiento psicológico en los empleados no docentes pertenecientes a la unidad apropiada de la hermandad de empleados exentos no docentes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras* [Tesis de maestría] Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Lexjuris, (2013). Ley Pública 82-447: Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (25 de julio de 1952). <https://www.lexjuris.com/lexprcont.htm>
- Martínez, M. E., Arroyo, J., Rodríguez, E.L., Seijo, R., Sepúlveda, M. y Tirado, M. (2005). El acoso psicológico en el contexto laboral puertorriqueño: un estudio explorativo. *Ciencias de la Conducta*, 20, 163-190.
- Martínez, M. E. (2006). el acoso psicológico en el trabajo: la experiencia en Puerto Rico. *Aletheia*, 24, 21-33.
- Martínez, D. (2009). *Violencia psicológica en el trabajo: métodos de evaluación y variables sociodemográficas relevantes* [Tesis doctoral] Universidad de Valencia, España.
- McCloy, R. A., Campbell, J. P., y Cudeck, R. (1994). A confirmatory test of a model of performance determinants. *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 493-505.
- Morales, J. (2020). *Acoso psicológico laboral (mobbing) y su impacto en el desempeño laboral: aplicación a los maestros de los municipios de Juana Díaz y Ponce, Puerto Rico* [Tesis Doctoral] Universidad Internacional Iberoamericana, México.
- Peralta, M. C. (2004). El acoso laboral –mobbing- perspectiva psicológica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 111-122.
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2002). La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. *Lan Harremanak*, 7(2), 35-62.
- Proyecto del Senado 1008. Ley para Fijar la Política Pública con Respecto al Acoso Moral (7 de octubre de 2005).

- Proyecto de la Cámara 3898. Ley contra la violencia psicológica en el ámbito laboral en Puerto Rico (12 de junio de 2012). www.camaraderepresentantes.org/.../%7B7F09799F-00C3-45D0-85E.
- Rivera, M. (2020). Análisis de la nueva ley para prohibir y prevenir el acoso laboral en Puerto Rico y sus aportaciones a los derechos laborales. *Revista Jurídica de la Universidad de Puerto Rico para In Rev*, 90.
- Rivera, R. K. (2009). *El acoso psicológico en el lugar de trabajo*. KRNOnline. <http://krnonline.com/wrapper-mainmenu-8/17-blog-demo/52-el-acoso-psicologico-en-el-trabajo.html>
- Rodríguez, E. (2007). El acoso moral (laboral) en el trabajo: consciencia y desarrollo en puerto rico. *Revista Empresarial Inter Metro*, 3(1), 12-34.
- Rosado, J. (29 de mayo de 2006). *La estigmatización del mobbing y sus consecuencias en Puerto Rico*. Puerto Rico Mobbing. <http://mobbingpr.blogspot.com/2006/05/la-estigmatizacin-del-mobbing-y-sus.html>
- Sanz, A. I. y Rodríguez, A. (2011). El efecto del acoso psicológico en el trabajo sobre la salud: el papel mediador del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 27(2), 93-102.
- Soto, W. E. (2006). *¿Qué nos pasa Puerto Rico? desde cuándo el psicoterrorismo laboral o mobbing es una herramienta de poder en el trabajo?*. Gestipolis. <http://www.gestipolis.com/canales7/rrhh/mobbing-herramienta-laboral-puerto-rico.htm>
- Topa, G., Depolo, M. y Morales, J. F. (2007). Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*. 19(1), 89-94.
- Ugarte, O., Melitón, E., Clendenes, M. y García, L. V. (2009). Metodología para el estudio del clima organizacional: documento técnico. *Ministerio de Salud*. Lima, Perú. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1096_DGSP267.pdf
- Velázquez, M. (2002). La respuesta jurídico legal ante el acoso moral en el trabajo o “mobbing”. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene*, 17, 27-38. http://yunque.ls.fi.upm.es/seguridad/Acoso_Moral.pdf
- Vélez, L. M. (2006). Grados de acoso moral o “mobbing”. *Revista Jurídica de LexJuris de Puerto Rico*, 8(1). <http://www.lexjuris.com/revista/opcion1/2006/Grados%20de%20Acoso%20moral.htm>
- Ventín, E. (2011a). *El acosador y las circunstancias*. Competencias para la Empleabilidad, Eva Ventín. <http://www.evaventin.com>
- Ventín, E. (2011b). *Las vicisitudes de la víctima de mobbing*. Competencias para la Empleabilidad, Eva Ventín. <http://www.evaventin.com>

- Werther, B. y Davis, K. (2008). *Administración de recursos humanos: el capital humano de las empresas* (6.^a ed.). McGraw Hill.
- Zapf, D., y Einarsen, S. (2003). Individual antecedents of bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf y C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace* (pp. 165-184). Taylor & Francis.

Fecha de recepción: 20/05/2021

Fecha de revisión: 08/06/2021

Fecha de aceptación: 10/06/2021

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

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

ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

Ortega Alcaraz, V. (2021). Estudio correlacional: evitación experiencial, insomnio y rumiación en adolescentes. *MLS Psychology Research* 4 (1), 99-115. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.641.

ESTUDIO CORRELACIONAL: EVITACIÓN EXPERIENCIAL, INSOMNIO Y RUMIACIÓN EN ADOLESCENTES

Virginia Ortega Alcaraz

Universidad Europea del Atlántico (España)
virginia.ortega@alumnos.uneatlantico.es

Resumen. El objetivo principal del estudio fue analizar la relación de las variables evitación experiencial, estilo de respuesta rumiativo e insomnio en función del sexo, edad y nivel académico. Se trata de un estudio observacional correlacional transversal, con una muestra no clínica en población adolescente, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Los instrumentos utilizados han sido el AAQ-II, el RRS y el ISI, que miden evitación experiencial, estilo de respuesta rumiativo e insomnio, respectivamente. Los resultados muestran una correlación lineal positiva entre los cuestionarios administrados (AAQ-II, RRS e ISI), siendo la más alta entre AAQ-II y RRS (0,648). Además, se han encontrado diferencias significativas en función del sexo para la evitación experiencial (sig. 0,001, asumiendo varianzas diferentes) y para la rumiación (sig. 0.090, se asumen varianzas iguales). Podría existir una asociación entre estas tres variables, además de una alimentación recíproca en adolescentes.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, evitación experiencial, insomnio, rumiación, adolescentes.

CORRELATIONAL STUDY: EXPERIENTIAL AVOIDANCE, INSOMNIA AND RUMIATION IN ADOLESCENTS

Abstract. The main objective of the study was to analyze the relationship of the variables experiential avoidance, ruminant response style and insomnia according to sex, age and academic level. It is a cross-sectional correlational observational study, with a non-clinical sample in an adolescent population, selected by non-probabilistic sampling. The instruments used were the AAQ-II, the RRS and the ISI, which measure experiential avoidance, ruminant response style, and insomnia, respectively. The results show a positive linear correlation between the administered questionnaires (AAQ-II, RRS and ISI), the highest being between AAQ-II and RRS (0.648). In addition, significant differences have been found as a function of sex for experiential avoidance (sig. 0.001, assuming different variances) and for rumination (sig. 0.090, assuming equal variances). There could be an association between these three variables, in addition to reciprocal feeding in adolescents.

Keywords: acceptance and commitment therapy, experiential avoidance, insomnia, rumination, adolescents.

Introducción

Dentro de la historia de la terapia de conducta existen tres momentos distinguibles, lo que hace referir a las terapias de primera, segunda y tercera generación, en función de lo que caracteriza a cada una de ellas. La primera generación se sitúa en la década de 1950, y supuso la instauración de principios científicos, dados sobre todo por la psicología del aprendizaje. La segunda generación se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual (TCC); a la ciencia psicológica se le sumaba el procesamiento de la información (Pérez, 2006). La tercera generación se sitúa a partir de la década de 1990; son conocidas como las terapias contextuales. En términos científicos, este movimiento se identificó inicialmente como análisis de la conducta clínica, por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical, y con particular interés en la conducta verbal (Kohlenberg, Kohlenberg, Kanter y Parker, 2002).

Concretamente, las terapias de “tercera ola” o, “terapias contextuales cognitivo-conductuales”, denominación acuñada por Hayes, hace referencia a una expansión o prolongación de los desarrollos y estudios previos. Esto se aprecia, por ejemplo, en la inclusión de los procedimientos de TCC tradicionales dentro de los nuevos abordajes terapéuticos, aunque sí es cierto que hay dos diferencias principales: los propósitos y mecanismos de cambio son con el fin de incrementar repertorios conductuales, y no con objetivo de reducir o cambiar nada; y se dejan de usar intervenciones que no han recibido buen soporte experimental. Además, se añade que se acepta integrar cualquier técnica que permita alterar el contexto de un contenido interno. Se enfocan principalmente en el contexto y la función de los eventos psicológicos (pensamientos, sensaciones o emociones) en lugar de en el contenido, validez, intensidad o frecuencia, como pasaba en la primera y segunda generación. Por lo tanto, no se centran en cambiar el contenido de las experiencias internas, sino en modificar su función, a través de la modificación del contexto en el cual tienen lugar. Con los abordajes de tercera ola se trata de crear conjuntos de habilidades que puedan utilizarse en otras situaciones y así, eliminar el abordaje sindrómico y reemplazarlo por nuevos aprendizajes. Por último, otro aspecto a considerar es que se demanda al terapeuta explorar los mismos principios que se van a trabajar con el paciente, y no solo al paciente, como pasa en las anteriores etapas (Maero, 2013).

Una revisión exhaustiva de los estudios de las terapias de primera y segunda generación confirman que hay poco apoyo empírico para el papel de cambio cognitivo como causal en las mejoras sintomáticas logradas en la TCC. Se han identificado tres anomalías empíricas en cuanto a la literatura de investigación: hay escasez de datos que indiquen que los cambios en los mediadores cognitivos provocan cambios sintomáticos; los análisis de los componentes de tratamiento no han demostrado que las intervenciones cognitivas aporten un valor añadido significativo a la terapia; y los tratamientos de TCC se han asociado con una rápida mejoría sintomática antes de la introducción de intervenciones cognitivas específicas (Hayes, 2004).

Las terapias de tercera generación son: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999); Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008); Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993); Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000); Activación Conductual (AC)

(Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001); Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002); Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009) (ver Pérez, 2014).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes, es la más conocida y desarrollada de todas las terapias de tercera generación. Tiene su base conceptual en la Teoría del Marco Relacional (RFT), teoría psicológica del lenguaje y la cognición humana (Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012). La RFT pone su foco de análisis en la influencia que tienen el lenguaje y la cognición, concebidos como aprendizaje relacional (Ramnerö y Törneke, 2008). Sostiene que en el proceso del lenguaje se aprenden a relacionar objetos y eventos sobre la base de símbolos o claves socialmente establecidas hasta que se produce la abstracción de la clave contextual que los relaciona (Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001). Tanto RFT como ACT, cuentan con creciente evidencia empírica (Ruiz, 2010), así como una variedad de extensiones, desde el consumo de sustancias (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010) a la mejora ajedrecística (Ruiz y Luciano, 2009).

Además, ACT se enmarca en una posición filosófica funcional. Así es que, los eventos psicológicos (entendidos como cualquier conducta emitida por el individuo, incluyendo pensar, sentir, recordar...) solo se comprenden en relación a su contexto, y se conceptualizan como el conjunto de interacciones en curso entre el organismo con su contexto actual e histórico (Hayes, 2004). En el contextualismo funcional se realiza un análisis de los eventos psicológicos, tanto públicos como privados, como si fuesen un todo indivisible, teniendo en cuenta las circunstancias presentes y las determinadas por su historia; se toma el rol del contexto como centro del análisis y comprensión de la naturaleza y función de cualquier evento psicológico; se pone énfasis en un criterio de verdad pragmático, es decir, se tomará verdadero aquello que para la persona funcione y resulte útil para producir cambios; y se establecen objetivos científicos específicos, que hará posible la valoración de lo útil y lo que ha funcionado (Bligan y Hayes, 1996; Hayes, 2004).

A partir de los estudios experimentales en torno a la RFT y su concepción acerca de cómo funciona la conducta, ACT plantea un sistema dimensional y transdiagnóstico de la psicopatología en el que se establecen una serie de procesos comunes a la mayoría de problemas psicológicos, lo que se ha denominado “evitación experiencial” o más recientemente “inflexibilidad psicológica” (Hayes et al., 1996; Luciano, 2016).

La evitación experiencial puede definirse como la tendencia a evitar o escapar de los eventos privados particulares como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales, etc. e intenta modificar la forma o frecuencia de esos eventos y el contexto que los provoca (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996), aun cuando haciéndolo así es inefectivo, costoso o innecesario (Hayes y Lillis, 2012). Se trata de un patrón que se encuentra en la base de numerosos diagnósticos diferenciados en los sistemas de clasificación tradicionales, como adicciones, trastornos de control de impulsos, trastornos alimentarios, afectivos, de ansiedad, síntomas psicóticos, en el estrés postraumático y enfermedades crónicas (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Ruiz, 2010). Las actuaciones dirigidas a la evitación y el control son movimientos reforzados negativamente, aligeran la experiencia dolorosa, así como reforzados positivamente, ya que se ajustan a las reglas culturales que establecen que el control es la solución del problema. Sin embargo, estas conductas son el auténtico problema y provocan un efecto rebote, volviendo a traer de vuelta el malestar, e incluso, en ocasiones con mayor intensidad y más extendido (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006).

Por otro lado, se describen seis procesos dentro de la ACT. Todos ellos tienen como objetivo final, tratar la función de los procesos internos molestos (no de alterar el contenido) y de generar así, flexibilidad en la regulación del comportamiento. Dicho de otro modo, romper con la rigidez conductual del trastorno de evitación experiencial (TEE), que viene dado por la inflexibilidad psicológica (Wilson y Luciano, 2002; Hayes y Strosahl, 2004). El esclarecimiento de valores y la práctica de defusión cognitiva, o discriminar y tomar conciencia de los pensamientos y sensaciones o recuerdos que sobrevienen en el aquí y ahora son los dos aspectos centrales (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015). Los valores serían direcciones globales elegidas, deseadas, construidas verbalmente, que no pueden ser alcanzadas como objetos, pero pueden ser elegidas momento a momento a partir de la conducta (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006). Para entender la defusión es necesario saber lo que es la fusión. Así es que, la fusión se da cuando la persona queda enredada en los pensamientos y funciones de las palabras, y queda controlada por ellas. Esta forma de funcionar “fusionado” desemboca en repertorios conductuales estrechos, inflexibles e insensibles. Por lo tanto, la defusión implica crear contextos no literales y conlleva aceptación, apertura y conciencia de los eventos privados para quedar al servicio de las acciones basadas en los propios valores de la persona (Hayes, 2004). Los demás procesos serían la aceptación de los eventos privados; el nivel de contacto con el momento presente “aquí y ahora” haciendo lo que importa; yo como contexto, que entiende el yo como un proceso que está presente, en contraposición del yo-contenido; y, por último, la acción comprometida con los valores presentes. El análisis funcional indicará las características del patrón de inflexibilidad de la evitación experiencial, y el objetivo terapéutico se centrará en facilitar la flexibilidad cognitiva con los eventos privados mientras la persona orienta su vida hacia lo que verdaderamente importe (Luciano y Valdivia, 2006).

La flexibilidad psicológica es la alternativa terapéutica que se va a perseguir desde ACT. Es definida como la habilidad de contactar plenamente con el momento presente, ser conscientes y poder apreciar con distancia los pensamientos y sensaciones que se tienen, y persistir o cambiar el comportamiento, cuando hacerlo sitúe a la persona en una dirección con valores (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Por lo tanto, el principal objetivo terapéutico en ACT es flexibilizar la reacción al malestar, partiendo de que la resistencia limita la vida, y centrarse en el control del malestar, dejarse llevar, o fusionarse a éste, supone perder la dirección valiosa (Luciano y Valdivia, 2006).

Diversos estudios han demostrado el efecto positivo de ACT en varios trastornos mentales. Por ejemplo, el entrenamiento en la aceptación del dolor aumenta la tolerancia a éste (Dahl, Wilson y Nilsson, 2004); en enfermedades crónicas, la aceptación de los pensamientos difíciles y sentimientos, así como la disposición a seguir adelante son buenos predictores de un adecuado automanejo de la enfermedad (Gregg, 2004).

Así, también se ha investigado sobre el insomnio, y parece ser que la evitación experiencial puede ser un factor de riesgo para el insomnio (Zakiei et al., 2017). Además, investigaciones muestran que los trastornos emocionales y los trastornos del sueño están relacionados (Spoormaker y van den Bout, 2005). Por lo que, deducen que la evitación experiencial puede asociarse con el insomnio. Evitar pensamientos y experiencias internas aumenta la excitación fisiológica y las emociones negativas, lo que conduce al insomnio (Fledderus, Oude Voshaar, Ten Klooster y Bohlmeijer, 2012). Zakiei, Khazaie, Reshadat, Rezaei y Komasi (2020) reafirmaron en su investigación que las dificultades en la regulación de las emociones eran mayores en los pacientes con insomnio. Así mismo, se ha comprobado que ACT también puede ser eficaz para controlar el insomnio (Khazaie y Zakiei, 2019; Päivi et al., 2019; Zakiei y Khazaie, 2019; Dalrymple et al., 2010). ACT aumenta el deseo del paciente de tener una buena experiencia de sueño al

realizar cambios en la relación con las actitudes y pensamientos en el contexto de la persona con su problema de sueño, con miras a mejorar la calidad del sueño (Khazaie y Zakiei, 2019).

Por otro lado, existen estudios que han relacionado la evitación experiencial y la rumiación (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). La rumiación es el estilo de respuesta por el cual las personas se centran en pensamientos repetitivos, sus causas o consecuencias, en lugar de plantearse estrategias de resolución de problemas que ayudarían a reducir tales eventos privados (Nolen-Hoeksema, 1991). Pérez Álvarez (2014) agrega que la rumiación es la conducta de analizar repetidamente sobre un mismo hecho, sin que estos sean esclarecedores de la situación, sino más bien como una pauta de evitación. La rumia se presenta como una forma de perseveración cognitiva (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). Se cree que estrategias de regulación emocional desadaptativas agravan este estilo de respuesta rumiativa, teniendo importantes implicaciones en numerosos trastornos mentales y físicos, denominados, por lo tanto, procesos “transdiagnósticos” (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004; Kring y Sloan, 2009). Por otro lado, resultados de estudios relacionales han encontrado relaciones significativas entre evitación experiencial y rumiación, junto con depresión y ansiedad, en poblaciones no clínicas (estudiantes universitarios) (Cribb, Moulds, y Carter, 2006; Moulds, Kandris, Starr, y Wong, 2006).

Los adolescentes presentan dificultades, especialmente, en el control de sus reacciones e impulsos cuando experimentan emociones intensas. Por lo tanto, en muchas ocasiones carecen de herramientas para hacer frente a las demandas de interacciones sociales y a la búsqueda de un camino de vida (Madil, Quintero y Maero, 2017). En la población adolescente se anota un exceso de conductas de evitación experiencial para mitigar el dolor a corto plazo, así como una fusión excesiva con los pensamientos, lo que hace difícil a los adolescentes comprometerse con unos valores y un camino de vida (Murrell, Coyne y Wilson, 2004). Por otro lado, se ha evidenciado una particular relación entre la rumiación y los trastornos depresivos y ansiosos (Cova, Rincón y Melipillán, 2007). Así, diversos estudios epidemiológicos, señalan como factores críticos el sexo y la edad, indicando que las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a presentar rumiación y depresión y, a su vez se ha señalado una mayor tendencia a la rumiación en respuesta a un malestar emocional en la adolescencia y la adultez (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Por último, diversos estudios han encontrado una alta prevalencia de insomnio tanto en niños sanos como en niños con comorbilidad psiquiátrica, como ansiedad, depresión y desórdenes del espectro autista (Chesson, Anderson y Littner, 1999; Roberts, Roberts, Chan, 2006). En un metaanálisis realizado por Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof y Bögels (2010) se concluyó que el sueño insuficiente, la mala calidad del sueño y la somnolencia son problemas comunes en niños y adolescentes y que se relacionan con el aprendizaje, la memoria y el rendimiento escolar.

El presente estudio ampliará el conocimiento de la evitación experiencial como una posible dimensión funcional diagnóstica a ser utilizada. Más específicamente, permitirá lograr una mayor comprensión acerca de las pautas de evitación experiencial y su relación con el insomnio y el estilo de respuesta rumiativo, así como entre insomnio y rumiación. Conocer cómo se presentan estas variables en la población adolescente y, cómo se asocian entre ellas teniendo en cuenta edad, sexo y curso académico. Puesto que la evitación experiencial está en la base de numerosos diagnósticos, que es un factor de riesgo para el padecimiento de insomnio, y se ha visto relacionado con el pensamiento rumiativo; a la vez que, se ha encontrado relación entre el insomnio y trastornos emocionales, y la rumiación con la depresión y la ansiedad, explorar la asociación de estas tres variables y, cómo pueden influir edad, sexo y curso académico ofrecerá un mayor

entendimiento sobre qué influencia tienen estas variables en adolescentes, ya que son población de riesgo, para el padecimiento de problemas emocionales y, con miras a poder en un futuro establecer líneas de intervención en estos puntos.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre las variables evitación experiencial, rumiación e insomnio en función de la edad, sexo y nivel académico en jóvenes de entre 12 y 17 años, con el fin de lograr una mayor comprensión, conocer de qué manera se presentan y, si existen asociaciones entre estas variables. Para este propósito se administró un cuestionario de datos demográficos; el AAQ-II, para medir la evitación experiencial; el RRS, para evaluar pensamiento rumiativo y; el ISI, para el insomnio.

Las hipótesis que se plantean son las siguientes: (1) a mayor evitación experiencial, mayor insomnio; (2) a mayor evitación experiencial, mayor rumiación; (3) a mayor rumiación, mayor insomnio; (4) diferencias significativas en las puntuaciones de evitación experiencial, rumiación e insomnio con respecto al sexo, edad y curso académico; y, (5) a mayor edad y mayor nivel académico mayores puntuaciones en evitación experiencial, rumiación e insomnio.

Método

Diseño

Estudio observacional correlacional transversal con muestra no clínica.

Participantes

Se incluyó una muestra no probabilística de 103 estudiantes, de 1º, 2º, 3º y 4º de E.S.O. que participaron de manera voluntaria en la investigación, de los cuales 58 eran mujeres (56,3%) y 45 hombres (43,7%). Las edades estaban comprendidas entre 12 y 17 años con una edad media total de 13,87. La muestra fue extraída del Colegio y Escuela Hogar Cristo Rey Alcalá La Real (Jaén), matriculados en el año académico 2019-2020.

Los criterios de inclusión fueron: (1) consentimiento para participar en el estudio; (2) estar escolarizados en los cursos académicos de 1º a 4º de E.S.O. y (3) estar en el rango de edad de 12 a 18 años. Los criterios de exclusión fueron: (1) tener déficits audiovisuales; (2) tener algún trastorno psiquiátrico o patología médica que impidan una correcta participación.

Instrumentos

Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) (Bond et al., 2011). Se ha usado la adaptación española de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, and Beltrán (2013). Es una medida general de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica. Está formado por 7 ítems en una escala baremada en 7 puntos tipo Likert, siendo 1 *nunca es verdad* y 7 *siempre es verdad*. Los ítems reflejan falta de voluntad para experimentar emociones o pensamientos indeseados y falta de habilidad para estar en el momento presente y comportarse de acuerdo a lo valorado cuando se experimentan eventos psicológicos indeseados. El instrumento presenta una solución unifactorial con buena consistencia interna (alfa de Cronbach = .88), buena validez convergente, divergente y discriminante.

Ruminative Responses Scale (RRS) de Nolen-Hoeksema et al. (1990; cit. en Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Se ha usado la adaptación española de Hervás (2008). Evalúa la presencia de un estilo de respuesta rumiativo: reproches y reflexión. Está compuesta por 22 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, siendo 1 *casi*

nunca y *4 casi siempre*. Se comprobó una adecuada confiabilidad a través del retest, siendo la consistencia interna mayor que en la prueba original ($\alpha = 0,93$) para la escala global (Hervás, 2008).

Insomnia severity index (ISI) (Morin, 1998; Bastien, Vallières y Morin, 2001). Se utilizó la versión española adaptada para jóvenes y adultos (Fernandez-Mendoza et al., 2012). Es un cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de 5 ítems que se evalúa en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es *nada* y 4 *muchísimo*, obteniéndose una puntuación de 0 a 28. El primer ítem evalúa la gravedad del insomnio; el segundo, la satisfacción del sueño; el tercer ítem, las interferencias en el funcionamiento diurno; y el cuarto y quinto, la percepción del problema del sueño y el nivel de preocupación con respecto al sueño, respectivamente. La versión española del ISI muestra índices adecuados de consistencia interna (α de Cronbach = 0,82). El análisis factorial confirmatorio mostró que una estructura de tres factores proporciona un mejor ajuste a los datos. Se confirmó la fiabilidad y validez para evaluar la gravedad subjetiva del insomnio en la población de habla hispana (Fernandez-Mendoza et al., 2012).

Procedimiento

En primer lugar, se procedió a la preparación de los instrumentos AAQ-II, RRS e ISI, junto con el consentimiento informado y un cuestionario de datos demográficos, en formato papel para su administración.

Todos los instrumentos fueron administrados en el Colegio y Escuela Hogar Cristo Rey Alcalá La Real en el periodo lectivo del curso académico 2020-2021, en concreto en el mes de enero. Para acceder a la muestra fue necesario ponerse en contacto con el director del Centro para explicar de manera detallada la finalidad y objetivos del estudio, y que éste diese su consentimiento. Se determinó el momento de la administración de los cuestionarios con antelación. Todos los participantes dieron su consentimiento para colaborar voluntariamente en el estudio. Se proporcionó a los participantes una explicación detallada de cómo completar los cuestionarios y se garantizó el anonimato de las respuestas. El orden de administración de los instrumentos fue: cuestionario de datos demográficos, AAQ-II, RRS e ISI, con una duración aproximada de 20 minutos para el total de la clase.

Finalmente, se recolectaron los cuestionarios, se procedió a la debida corrección y anotación de datos y puntuaciones. Luego se realizó el análisis estadístico pertinente.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0.

Para comenzar, se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cualitativas mediante una distribución de frecuencias y, las variables cuantitativas mediante distribución de frecuencias, media aritmética, varianza y desviación estándar. Se prosiguió analizando la posible asociación entre las variables del estudio mediante el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson bivariadas: evitación experiencial con pensamiento rumiativo y, con insomnio, respectivamente; y, por otra parte, pensamiento rumiativo con insomnio. La prueba T de Student para muestras independientes se utilizó con el fin de comparar si existen diferencias significativas para la variable sexo (con dos niveles, masculino y femenino) y según el cuestionario administrado (AAQ-II, RRS e ISI). Por último, para analizar las otras dos variables, edad (con seis niveles, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 años) y curso (con cuatro niveles, 1º, 2º, 3º y 4º de E.S.O.) elegimos el ANOVA de un Factor para muestras independientes.

Puesto que no hemos encontrado diferencias significativas entre ninguna de las variables analizadas en el ANOVA, no tiene sentido realizar un análisis más exhaustivo mediante las pruebas post hoc, para conocer exactamente entre qué dos niveles existen las diferencias significativas.

Resultados

De la muestra total de estudio, 103 participantes, el 43,7% fueron hombres y el 56,3% mujeres con un rango de edad de 12 a 17 años, siendo la media de edad de 13, 87. En cuanto al nivel académico, el 22,3% cursaban estudios de 1° de E.S.O., el 26,2% 2° de E.S.O., el 29,1% 3° de E.S.O., y el 22,3% 4° de E.S.O. (Ver tabla 1).

Tabla 1
Variables demográficas de la muestra de estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	45	43,7
	Mujer	58	56,3
	Total	103	
Nivel Académico	1° E.S.O.	23	22,3
	2° E.S.O.	27	26,2
	3° E.S.O.	30	29,1
	4° E.S.O.	23	22,3
	Total	103	
Edad	12	18	17,5

13	23	22,3
14	27	26,2
15	27	26,2
16	5	4,9
17	3	2,9
Total:	103	
Media:	13,87	
Desviación típica:	1,28	
Varianza:	1,64	

Entre las puntuaciones de todos los cuestionarios existe una relación lineal positiva, es decir, si puntúan alto en un cuestionario puntuarán alto en el otro. Comparando las correlaciones, la más alta es entre el cuestionario AAQ-II y RRS (0,648), después entre el ISI y el RRS (0,386), y por último el AAQ-II e ISI (0,297). (Ver tabla 2)

Tabla 2
 Correlación de Pearson entre AAQ-II y RRS, AAQ-II e ISI y RRS e ISI

	AAQ-II y RRS	RRS e ISI	AAQ-II e ISI
Correlación de Pearson	0,648	0,386	0,297
Sig. (bilateral)	0	0	0,002
N	103	103	103

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

De la prueba T para muestras independientes para la variable sexo (con dos niveles, masculino y femenino) obtenemos que en el cuestionario AAQ-II sí hay diferencias significativas de la variable sexo, lo que quiere decir que hombres y mujeres puntúan diferente en la evitación experiencial. Se asumen las varianzas diferentes puesto que en la prueba de Levene la significación es menor de 0,05, y se rechaza la hipótesis nula. Nuevamente, encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las puntuaciones medias en RRS (pensamiento rumiativo). Se asumen varianzas iguales puesto que en la prueba de Levene la significación es 0,09, mayor que 0,05, y se rechaza la hipótesis nula. Por último, en el cuestionario ISI (problemas de sueño) no se observan diferencias significativas del sexo en las puntuaciones medias. Se asumen varianzas iguales (significación de la prueba de Levene 0,368, mayor que 0,05, por lo que se acepta la hipótesis nula) y vemos que la significación de la prueba T es de 0,101, por lo que, en este caso, al ser mayor que 0,05 se acepta la hipótesis nula. (Ver tabla 3)

Tabla 3
Prueba T para muestras independientes para la variable sexo según cuestionario

		Prueba Levene para la igualdad de varianzas					Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Interv. de confianza para la dif.	
									Inf.	Sup.
AAQ-II	Se asumen var. igual	12,298	0,001	-2,273	101	0,025	-4,03142	1,77395	-7,55045	-0,51238
	No se asumen var.igual			-2,363	100,630	0,020	-4,03142	1,70570	-7,41522	-0,64762
RRS	Se asumen var. igual	2,926	0,090	-3,852	101	0,000	-9,27280	2,40740	-14,04844	-4,49715
	No se asumen var. iguales			-3,951	100,714	0,000	-9,27280	2,34675	-13,92828	-4,61731
ISI	Se asumenvar. igual	0,818	0,368	-1,656	101	0,101	-1,62337	0,98002	-3,56747	0,32073
	No se asumen var. igual			-1,626	87,157	0,108	-1,62337	0,99833	-3,60761	0,36086

El ANOVA de un factor para muestras independientes para analizar la variable edad (con seis niveles, 12, 13, 14, 15, 16, y 17 años) y curso (con 4 niveles, 1º, 2º, 3º y 4º de E.S.O.) no se encuentran diferencias significativas para ninguna de las dos variables en ninguno de los cuestionarios (AAQ-II, RRS e ISI).

Discusión y conclusiones

Se afirma que las personas con dificultades en la regulación emocional asumen la evitación como patrón de resolución de conflictos, no son flexibles con sus eventos privados, por lo que experimentan muchas emociones negativas que llevan a la rumiación (Saxena, Dubey y Pandey, 2011). Por lo tanto, los esfuerzos por suprimir la excitación que sienten los conduce al insomnio y la baja calidad del sueño. Además, en los resultados de la investigación realizada por Zakiei, Khazaue, Reshadar, Rezaei, Komasi (2020) se obtuvo que la evitación experiencial fue mayor en pacientes con insomnio en comparación a población no clínica, concluyendo así, que la evitación experiencial juega un papel en la predicción de los trastornos del sueño. Estudios demuestran que los esfuerzos dirigidos a la evitación de experiencias privadas, causan un aumento de la excitación mental y, por lo tanto, de la rumiación, disminuyendo así, la calidad del sueño. Se ha demostrado que cuando una persona con insomnio trata de controlar sus pensamientos y sentimientos, su insomnio se agrava (Dalrymple y cols., 2010).

La ACT ha sido aplicada para diferentes trastornos en el grupo de población adolescente. Por ejemplo, en el estudio realizado por Wickse, Melin y Lekander en 2009 (en Mandil et al., 2017) aplican ACT a 32 adolescentes con dolor crónico y muestran mejores resultados que un grupo control que recibe tratamiento farmacológico, entre otros. Respecto a los trastornos ansiosos, se encuentran mejoras significativas respecto a la calidad de vida y la sintomatología, así como en el manejo de la vida cotidiana en los jóvenes ansiosos que son tratados con ACT (Mandil et al., 2017). Hayes, Boyd y Sewell (2011) muestran en un estudio que los adolescentes con trastornos del estado de ánimo depresivo que son tratados con ACT, presentan resultados estadísticamente significativos tanto al finalizar el tratamiento, como a largo plazo.

De manera que, tras el análisis de datos pertinente de las puntuaciones presentadas por la muestra de estudio se confirman las correlaciones de las hipótesis planteadas: evitación experiencial correlaciona positivamente con insomnio y rumiación, respectivamente, e igualmente, correlaciones positivas entre rumiación e insomnio. Por otro lado, se encuentran diferencias significativas en función del sexo para las puntuaciones de evitación experiencial y rumiación, pero no para el insomnio. Podríamos decir, entonces, que los objetivos establecidos se han logrado, aunque deberíamos de tener en cuenta las limitaciones de estudio que pueden haber influido en los resultados.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra principalmente: el tamaño muestral, que lleva a realizar réplicas para mejorar la transferencia de los hallazgos; la muestra no clínica, que podría suponer puntuaciones más representativas de nuestras variables en una muestra clínica; y, no haber realizado comparación con cursos superiores como Bachillerato o Formación Profesional, ya que hay mayor exigencia académica y, la edad más avanzada podría influir en la asociación de las variables. Hay que tener en cuenta que este estudio fue de corte transversal, por lo que sería importante examinar los efectos de las variables evitación experiencial, rumiación e insomnio en estudios longitudinales. Mencionar que, se debe extremar la precaución al generalizar los

resultados del presente estudio, ya que fue llevado a cabo en un único colegio de Alcalá la Real.

Para futuras líneas de investigación podría llevarse a cabo un estudio de tipo observacional correlacional, igualmente con muestra no clínica, pero con un mayor tamaño de la muestra, y ampliando el rango de edad y nivel académico, para observar de manera más precisa cómo puede estar influyendo la edad y nivel académico a nuestras variables. También sería interesante poder realizar una investigación con el mismo planteamiento, pero en muestra clínica, sin ser necesario un tamaño muy extenso. Así, tendríamos mayor entendimiento de cómo interactúan las variables de evitación experiencial, rumiación e insomnio en la adolescencia cuando presentan diagnóstico clínico.

En conclusión, es posible que estas tres variables tengan una alimentación recíproca entre ellas, de manera que, si un adolescente tiene tendencia a la evitación de eventos privados desagradables o molestos, tenga más fácilmente pensamientos orientados a la rumia, lo que esto conlleva a un mayor insomnio, y éste a su vez refuerza la evitación experiencial y la rumia.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4).
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251–1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Chesson, A. L., Jr, Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M., & Rafecas, J. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep*, 22(8), 1128–1133. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.8.1128>
- Cova, F., Rincón, P. & Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175-183. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2430/243020637003>

- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*, 23(3), 165-176. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1375/bech.23.3.165>
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35(4), 785–801. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80020-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80020-0)
- Dalrymple, K. L., Fiorentino, L., Politi, M. C., & Posner, D. (2010). Incorporating principles of Acceptance and Commitment Therapy into Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: A case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 209-217.
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*, 14(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.10.004>
- Fernandez-Mendoza, J., Rodriguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep medicine*, 13(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., Ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological assessment*, 24(4), 925–936. <https://doi.org/10.1037/a0028200>
- Gregg, J. (2004). *Development of an acceptance-based treatment for the self management of diabetes* [Master's Thesis]. University of Nevada.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004) *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86–94. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes S. C. & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. American Psychological Association.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35–54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer-Verlag
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuesta rumiativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111-121.
- Khazaie, H. (2019). Efficacy of acceptance and commitment therapy on emotional dysregulation and sleep quality in patients with chronic insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(178), 52–63. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-13283-en.htm>
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3(3), 248-253. <http://dx.doi.org/10.1037/h0099988>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J. & Lappalainen, R. (2019). ACT for sleep-internet-delivered self-help ACT for subclinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.04.001>
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Maero, F. (2013). ¿Qué demonios son las terapias de tercera generación? *Psicología Clínica, Terapias de Tercera Generación. PSYCIENCIA*.
- Mandil, J., Quintero, P., y Maero, F., (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes*. Librería Akadia Editorial.
- Morin, C. M. (1998). *Insomnio: asistencia y tratamiento*. Ariel.

- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 45(2), 251–261. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.003>
- Murrell, A.R., Coyne, L.W. & Wilson K.G. (2004) *ACT with Children, Adolescents, and Their Parents*. In: Hayes S.C., Strosahl K.D. (eds) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_10
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S. & Watkins, .R. (2011). A Heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Ramnerö, J. y Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. New Harbinger.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chan, W. (2006). Ethnic differences in symptoms of insomnia among adolescents. *Sleep*, 29(3), 359–365. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.3.359>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F. J. y Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21(3), 347-352.
- Saxena, P., Dubey, A. & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 18(2), 147–54. <https://doi.org/10.5964/ejop.v7i4.155>
- Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2005). Depression and anxiety complaints; relations with sleep disturbances. *European psychiatry: the journal of the*

- Association of European Psychiatrists*, 20(3), 243–245.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.11.006>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. & Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, 254-272.
<https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Treynor, W., González, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
<https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Zakiei, A., Ghasemi, S. R., Gilan, N. R., Reshadat, S., Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role of experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 23(5), 335–341. <https://doi.org/10.26719/2017.23.5.33>
- Zakiei, A., & Khazaie, H. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on insomnia patients (A single-arm trial plan). *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 6(3), 65–73. <https://doi.org/10.4274/jtstm.galenos.2019.74745>
- Zakiei, A., Khazaie, H., Reshadat, S., Rezaei, M. & Komasi, S. (2020). The Comparison of Emotional Dysregulation and Experiential Avoidance in Patients with Insomnia and Non-Clinical Population *Journal of Caring Sciences*, 9(2), 87–92.
<https://doi.org/10.34172/JCS.2020.013>

Fecha de recepción: 21/04/2021

Fecha de revisión: 15/06/2021

Fecha de aceptación: 22/06/2021