

***REVISTA DE FUNDAMENTOS DE
PSICOLOGÍA***

Volumen 7-8

2014-2016

ÍNDICE

Estudio experimental sobre la implantación de cursos de formación en psicología de atención a víctimas, en el consorcio provincial para el servicio de prevención y extinción de incendios y salvamento de Alicante.	1
Factores que aumentan el riesgo de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.	11
Eficacia de la terapia con música en las adicciones	20
Infertilidad y afección de las relaciones de pareja	31
Diferencias a la hora de afrontar el duelo en personas con Síndrome de Down y personas que no lo padecen	41
Relación entre tipo de violencia y orientación sexual	51

Estudio experimental sobre la implantación de cursos de formación en psicología de atención a víctimas, en el consorcio provincial para el servicio de prevención y extinción de incendios y salvamento de Alicante.

José Carlos Laguía Mateo

Patricia Antón Machado

Pablo Aranda González

Paola Clemente Bas

RESUMEN

El presente estudio experimental pretende evaluar la eficacia de la implantación de cursos de formación en psicología de atención a víctimas en el consorcio provincial para el servicio de prevención y extinción de incendios y salvamento de Alicante (en adelante C.P.E.I.S. Alicante) dado que el trabajo realizado por este colectivo lleva implícita gran carga física y emocional que influye en el rendimiento y la conducta de los bomberos. Se pondrá a prueba un programa experimental de formación en psicología de atención a víctimas con el objetivo de mejorar la resiliencia y el engagement de los bomberos, así como los efectos que mejores conocimientos y competencias en psicología de atención a víctimas tendrían sobre el burnout y la traumatización vicaria (EPTs) de los intervinientes. Se registrarán todos los datos para su posterior análisis y validación del estudio.

INTRODUCCIÓN

El personal de emergencias que interviene en situaciones de crisis tiene la difícil tarea de tomar decisiones que están bajo una gran demanda emocional y estresante, (Arcos González et al., 2006). Hay que tener en cuenta la obligación de los órganos competentes de dotar a los cuerpos de emergencias de la formación adecuada para el desempeño de su labor, formación regulada por la LEY 13/2010, de 23 de noviembre, de la Generalitat, de Protección Civil y Gestión de Emergencias, que establece la correspondencia en esta materia al instituto valenciano de seguridad pública y emergencias (IVASPE), que en su artículo 67 dice: *“La presente ley garantiza la formación, capacitación y actualización profesional de los miembros de los servicios de intervención frente a emergencias. Para ello, la conselleria competente en la materia realizará, con carácter permanente, cuantas acciones formativas sean necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones que estos servicios tienen asignadas por la presente ley y por los reglamentos que la desarrollen”*. Tomando como referencia la psicología de las organizaciones y su aplicación, así como la denominada psicología positiva desarrollada por Martin Seligman, que estudiaría las emociones positivas y sus fortalezas, se pretende evaluar e intervenir en los efectos de la tensión emocional que soporta este cuerpo de emergencias y salvamento mediante un programa de formación adecuada. Estos elementos son; el síndrome de Burnout, definido particularmente en este colectivo como el estrés laboral crónico producto de asumir las dificultades y la frustración que, en mayor o menor medida, conlleva el trabajo que se desempeña en cuanto al logro efectivo de las intervenciones; en segundo lugar el estrés traumático secundario (EPTS), referido a la reacción de las personas que observan el padecer y el sufrimiento de otros (Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez, y Losada, 2004). Estos efectos estresores ejercen una acción negativa sobre el rendimiento físico y psicológico del bombero en cuanto que, en uno de los pocos estudios realizados con bomberos se verificó que la imagen de control subjetiva en las intervenciones, podía revelar la aparición de síntomas de estrés (Regehr, Hill y Glancy, 2000). En contraposición al Burnout y a la traumatización vicaria están la resiliencia y el engagement; la resiliencia es la capacidad del ser humano, mediante estrategias de afrontamiento o de sus propias características y/o recursos psicológicos, para superar situaciones de estrés o de traumas vividos por experiencias personales ya sean propias o de terceras personas. El engagement, particularmente relacionado con la psicología

positiva de las organizaciones, se definiría como el bienestar personal por la labor que se realiza, y la actitud en relación con el esfuerzo o sacrificios que conlleva la consecución de los objetivos. Enlazando estos conceptos con la teoría de la autoeficacia, definiendo esta como el proceso de actuación que modifica la conducta y de la necesidad imprescindible de la intervención cognitiva del sujeto y entendiéndola como la percepción que tienen las personas sobre sus propias capacidades para alcanzar ciertos objetivos de rendimiento, estas capacidades y recursos estarían entroncadas a las estrategias de afrontamiento con las que cuentan los servicios de emergencias; no existen estrategias adecuadas o inadecuadas, todas dependen del contexto y la situación (Peñacoba puente, Díaz Gutiérrez, Goiri Pueyo, Vega López, 2000). Se utiliza esta argumentación para postular el planteamiento de este estudio; el conocimiento servirá como apoyo y fuente inspiradora de los bomberos, será la base que junto a sus experiencias formarán un conjunto de herramientas personales que beneficien tanto a la víctima como al auxiliador, aportando al personal que interviene en situaciones críticas de un amplio abanico de recursos, un constructo que sumado a la fuerza de la costumbre, serán las razones para la elección de las mejores estrategias de afrontamiento, obteniendo una sinergia de elementos cognitivos y conductuales que controlen o reduzcan situaciones estresantes (Peiró, 2001). Constatándose la inexistencia de formación en materia de atención psicológica a víctimas por parte del organismo responsable, se establece la hipótesis de que un programa de formación en psicología de atención a víctimas impartido por el propio C.P.E.I.S. de Alicante a través de su departamento de formación, proveerá a estos de los medios necesarios para un mejor desempeño de su labor aumentando sus recursos personales (Botía, 2014).

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Realizar cursos de formación de psicología de atención a víctimas mejoraría el rendimiento de los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante?

Objetivo general

Determinar la eficacia de un programa de formación en psicología de atención a víctimas en los bomberos del C.P.E.I.S. Alicante.

Objetivos específicos

Estudiar los efectos tras la realización de cursos de formación en psicología de atención a víctimas, en el EPTS de los bomberos del C.P.E.I.S Alicante.

Estudiar los efectos tras la realización de cursos de formación en psicología de atención a víctimas, en la resiliencia de los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante.

Estudiar los efectos tras la realización de cursos de formación en psicología de atención a víctimas, en la aparición del burnout en los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante.

Estudiar los efectos tras la realización de cursos de formación en psicología de atención a víctimas, en el engagement de los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante.

Hipótesis

Si los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante realizaran cursos de psicología de atención a víctimas, entonces el nivel de aparición del EPTS sería menor.

Si los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante realizaran cursos de psicología de atención a víctimas, entonces el nivel de resiliencia sería mayor.

Si los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante realizaran cursos de psicología de atención a víctimas, entonces el nivel de aparición de burnout sería menor.

Si los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante realizaran cursos de psicología de atención a víctimas, entonces el nivel de engagement sería mayor.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en este estudio formarán una muestra de 35 bomberos varones con edades entre 23 y 58 años. Todos ellos han sido formados por el C.P.E.I.S. de Alicante con los cursos necesarios para el desarrollo técnico de su profesión y cuentan con una experiencia en el servicio de bomberos de entre 3 y 32 años de antigüedad.

El 100% de la muestra seleccionada la compondrán varones, dado que únicamente una mujer del total de la plantilla de bomberos de la provincia, que cuenta con 595 bomberos repartidos en 7 áreas operativas, presta sus servicios como bombero profesional en el C.P.E.I.S. de Alicante, desarrollando su labor en el área operativa del Baix Vinalopó más concretamente en el parque de Elche, y siendo todos los miembros

de la muestra seleccionada bomberos del área operativa de la Vega Baja, prestando servicio en el sub-parque de Torrevieja.

Los participantes serán 7 bomberos por cada turno de trabajo, todos sus miembros, siendo 5 los turnos de trabajo que realizan en guardias de 24 horas con una periodicidad de 1-4 durante todo el año.

Se escogerán aleatoriamente 2 turnos para que formen el grupo experimental que recibirá el curso de formación y 2 turnos formarán el grupo de control. Uno de los turnos será descartado como muestra para poder contar con el mismo número de participantes objeto de estudio y de control, 14 para cada uno de los grupos.

Variables e instrumentos

La variable dependiente será el grado de efectividad del programa de formación en psicología de atención a víctimas en los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante.

Burnout: variable dependiente que de forma aplicada al ámbito de trabajo realizado por este colectivo, correspondería a la sensación de agotamiento físico, mental y psicológico, y una falta de percepción de la eficacia profesional. Se medirá esta variable mediante el Maslach Burnout Inventory, (Jackson y Leiter, 1996) cuestionario de 22 ítems con una escala de 7 respuestas que van desde 0 nunca, a 6 todos los días, en el cual se recogen los principales aspectos del desgaste profesional; cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Estrés Post Traumático Secundario (EPTS): variable dependiente que se establece como las consecuencias psicológicas de los bomberos, ante la visión del sufrimiento y angustia de aquellas personas o víctimas a las que van a socorrer (por ejemplo: apatía, dificultad para dormir, irritabilidad). Para la obtención de los datos de esta variable se utilizará la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático, Echeburua et al, (1997). Compuesto por 17 ítems en escala Likert de 0 a 3, se obtienen datos en cuanto a reexperimentación, evitación e hiperactividad.

Resiliencia: variable dependiente que se define como la capacidad de los bomberos para asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Se utilizará por adaptarse mejor a las demandas de este estudio, el cuestionario The Connor-Davidson Resilience Scale, (CD-RISC) Connor y Davidson, (1999) en su versión española de 17 ítems, Serrano Parra et al, (2012), en el que se evalúan los rasgos principales de una persona resiliente en tres dimensiones; tenacidad y autoeficacia, control personal y competencia social.

Engagement: variable dependiente relacionada con un estado mental positivo ante el trabajo en relación con el esfuerzo o sacrificios que conlleva su realización (por ejemplo, mayor compromiso con la organización y mayores niveles de energía en las actuaciones). Se utilizará como instrumento de medición de esta variable el cuestionario reducido de 9 ítems propuesto por Salanova y Schaufeli, (2009), del Utrecht Work Engagement Scale, que con una escala de 0 nunca, a 6 siempre, recoge los elementos básicos de la satisfacción personal por el trabajo, vigor, dedicación y absorción.

El curso de formación en psicología de atención a víctimas que recibirán los bomberos del C.P.E.I.S. de Alicante será la variable independiente de este estudio experimental, realizado en 3 sesiones de 8 horas de duración cada una de ellas sobre los objetivos del programa.

La existencia de variables extrañas relacionadas con la edad y la experiencia de los bomberos está controlada por la propia dinámica organizativa del consorcio, dicha organización establece la ubicación del personal en los turnos de tal forma que quede repartida la diferencia de edad y la experiencia de forma equitativa.

Procedimiento

Previamente a la realización de este estudio se solicitará autorización a la presidencia del C.E.P.I.S. de Alicante para su ejecución. En esta solicitud se indicará el propósito del estudio y los medios que han de facilitar para su desarrollo.

Una vez obtenida la autorización del órgano competente se reunirá a todos los miembros elegidos como muestra, se informará que el propósito del curso es únicamente la formación que van a recibir con intención de adquirir conocimientos más específicos, eludiendo hacer referencia a las variables dependientes objeto de estudio, así se tratará de evitar los efectos de deseabilidad y demanda de los sujetos. Se confeccionarán los grupos experimental y de control, eligiendo estos de forma totalmente aleatoria. Al grupo de control se le comunicará, falsamente, que realizará el curso en una fase posterior.

En la fase previa ambos grupos se someterán con anterioridad al inicio del curso de formación a la batería de cuestionarios descritos. Posteriormente y una vez recogidos todos los datos, comenzará la segunda fase del estudio en el que se impartirá en el grupo experimental el curso de formación en psicología de atención a víctimas, extraído y adaptado del curso superior de psicología para bomberos de euroinnova formación. El

curso constará de 3 sesiones de 8 horas con una duración de 3 días en jornadas de mañana de 9 a 14 hs y tarde de 16 a 19 hs con el siguiente índice programático:

SESIÓN 1 – Comunicación y habilidades sociales en el ámbito de las emergencias.

- Elementos que intervienen en la comunicación.
- Tipos de comunicación.
- Dificultades de la comunicación.
- Habilidades básicas que mejoran la comunicación interpersonal. El arte de escuchar.

SESIÓN 2 – Principios de psicología general aplicada a situaciones de emergencias.

- Principales mecanismos de adaptación psicológicos ante las vivencias traumáticas.
- Comportamiento de la población ante una catástrofe.
- Apoyo psicológico en catástrofes.
- Objetivos del apoyo psicológico.

SESIÓN 3 – Apoyo psicológico a los intervinientes en una catástrofe.

- Reacciones psicológicas de los intervinientes.
- Principales factores estresores. Estrés y Burnout.
- La traumatización vicaria (EPTS).
- Técnicas de ayuda psicológica para los intervinientes.

Finalizado el curso de formación y una vez transcurridos 3 meses, se dará por concluido el estudio realizando nuevamente a los grupos experimental y de control los cuestionarios realizados en la fase previa.

Tipo de estudio y diseño

El estudio se corresponde con un estudio experimental que se desarrolla en un contexto natural y longitudinal prospectivo ya que lo realizamos con los mismos sujetos de una muestra a lo largo de un periodo de tiempo que pretende la evaluación científica de la eficacia de un programa de formación en psicología de atención a víctimas en el C.P.E.I.S. de Alicante.

Análisis de datos

Para comprobar la eficacia del curso de formación en psicología de atención a víctimas, se realizará una comparativa de datos entre los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados de la fase previa y los posteriores a la realización de este curso. Se analizarán los datos a través del programa SPSS, realizando una comparativa entre el grupo experimental y el grupo de control, utilizando la distribución T de student con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Los resultados esperados tras el análisis de los datos recogidos en la investigación son en relación con la hipótesis 1, la reducción del nivel de EPTS tras la realización de cursos de psicología de atención a víctimas y por tanto, un descenso de la traumatización vicaria y desgaste por empatía que sufren los bomberos al pasar por situaciones altamente estresantes en emergencias, desastres y atención general a cualquier tipo de víctimas. En cuanto a la hipótesis 2, el aumento del nivel de resiliencia tras la realización de cursos de psicología de atención a víctimas; el aumento de su propia capacidad para superar situaciones de estrés o de traumas vividos por experiencias personales ya sean propias o de terceras personas gracias a la adquisición de mayores recursos personales. Respecto a la hipótesis 3, el descenso del nivel de aparición del burnout tras la realización de cursos de psicología de atención a víctimas en relación con el estrés laboral crónico producto de asumir las dificultades y la frustración que, en mayor o menor medida, conlleva el trabajo que se desempeña en cuanto al logro efectivo de las intervenciones; por último, los resultados de la hipótesis 4 mostrarán un aumento en el nivel de engagement tras la realización de este curso al mejorar su concepto de eficacia personal, y por tanto el bienestar personal por la labor que se realiza, y la actitud, en relación con el esfuerzo o sacrificios que conlleva la consecución de los objetivos será mas positiva.

Con los resultados del estudio se espera mejorar la efectividad del servicio que se presta al ciudadano y el rendimiento del bombero ante situaciones de emergencia, otorgando validez interna al estudio y corroborado el objetivo asistencial que se planteaba con su realización.

Por tanto, se infiere que la implantación de formación en psicología de atención a víctimas en el C.P.E.I.S. de Alicante, tendría validez externa si fuera impartida en

todos los bomberos de este consorcio ya que se estaría fomentando con estos cursos de formación el capital psicológico del que hablaron Luthans, Youssef, y Avolio, (2007).

REFERENCIAS

- Arcos González, P., Castro Delgado, R., Cuartas Álvarez, T., Martínez Monzón, C., Montero Viñuales, E., Roux Carmona, F.(2006).*La ayuda sanitaria en desastres*.Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Madrid: <http://fcsai.isciii.es>.
- Botía, J.M. (2014). *Estudio de las relaciones entre demandas emocionales, recursos laborales y recursos personales con los procesos de energía e identificación en una muestra de bomberos*. Trabajo fin de master. UMH. Elche.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (1999). *Development of a new resilience scale: The Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. *Depresión and Anxiety*, 18(2), pp 76-82.
- Echeburúa, E., Del Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). *Escala de gravedad de síntomas del trastorno del estrés postraumático*. Análisis y modificación de la conducta. V. 23, (90).
- Euroinnova formación. (2014). *Curso superior de psicología para bomberos*. Disponible en: www.euroinnova.edu.es.
- Generalitat valenciana. *Ley 13/2010, de 23 de noviembre, de la Generalitat, de Protección Civil y Gestión de Emergencias*. Valencia, diario oficial de la comunidad valenciana.
- Luthans, F., Youssef, C. M., y Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital*. New York.
- Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.E. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Third edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R., y Losada, M. (2004). *El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención*. *Terapia Psicológica*, 22, pp 69-76.
- Peiró, J.M., (2001). *El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva*. *Revista seguridad y salud en el trabajo*, 13, pp 18-38.
- Peñacoba puente, C., Díaz Gutiérrez, L., Goiri Pueyo, E., Vega López, R.(2000). *Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés: un análisis comparativo entre bomberos con y sin experiencia*. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*. V.16, (3), pp 341-356.
- Regehr, C., Hill, J. y Glancy, G.D. (2000). *Individual predictors of traumatic reactions. in firefighters*. *The Journal of nervous and mental disease*, 188,(6), pp 333-339.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo, cuando el trabajo se convierte en pasión*. España: Alianza editorial.
- Serrano Parra, M.D., Garrido Abejar, M., Notario Pacheco, B., Bartolomé Gutiérrez, R., Solera Martínez, M., Martínez Vizcaíno, V. (2012). *Validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (CD RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años*. *International Journal of Psychological Research*. V. 5, (2), pp 49-57.

Factores que aumentan el riesgo de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

Alicia García Román

Naiara García Botella

Sandra García Cartagena

RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer cómo ciertos factores psicosociales aumentan el riesgo de aparición de conductas autolesivas en adolescentes de 13 a 17 años.

Los factores que se van a medir en el presente estudio son la depresión, el fallecimiento de un ser querido, el acoso escolar, la autoimagen y por último, la dependencia a las drogas.

Para ello se recopilará una muestra de 400 adolescentes de entre 13 a 17 años, de 10 institutos de la Comunidad Valenciana elegidos aleatoriamente. En cada instituto se escogerá a 40 alumnos, intentando que el número de chicos y chicas sea lo más equitativo posible. Mediante cuestionarios autoaplicados se evaluarán las distintas variables, poniendo de manifiesto la influencia que tiene cada una de ellas en el riesgo de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

INTRODUCCIÓN

Winchel y Stanley (1991) definieron autolesión como *“el cometido de deliberadamente hacerse daño a su propio cuerpo. La lesión se hace a uno mismo, sin la ayuda de otra persona. La herida es lo suficientemente severa para causar daño en los tejidos (y dar como resultado cicatrices o marcas). Los actos que tienen una intención suicida o que están asociados a la excitación sexual están excluidos de esta definición.”*

Favazza y Rosenthal (1993) clasificaron a la autolesión en tres subtipos; automutilación mayor, la cual es la menos común y se encuentra asociada a estados psicóticos; autolesión estereotípica la cual es común en personas con retraso mental y autistas; y por último autolesión superficial o moderada, se trata del tipo de autolesión más común e incluye quemarse, tirarse del pelo, cortarse...

Según estudios realizados en Australia, un 8,1% de la población se ha provocado autolesión en algún momento de su vida y que entre el 30 y 40% de los jóvenes que necesitan hospitalización psiquiátrica se debe a conductas de autolesión (Flores et al., 2013). También se ha podido observar en algunos estudios de revisión un incremento de estas conductas en los pacientes que acuden a los hospitales.

La edad de comienzo suele ser entre los 10 y los 15 años, siendo muy poco probable la autolesión en personas mayores de 30 años (Villaroel et al., 2013). No obstante, dentro de esta pequeña fracción de adultos que sufren autolesión se ha mostrado que hay una estrecha relación entre las conductas autolesivas y las psicopatologías, el 90% de los sujetos con autolesión tienen al menos un trastorno psiquiátrico (Haw, Hawton, Houston, y Townsend, 2001).

Las formas más frecuentes de autoaplicarse la lesión son los cortes, los golpes y la ingesta de medicamentos (De Leo y Heller 2004). Otros menos frecuentes son las mordeduras, arrancarse el cabello e insertarse objetos bajo la piel. Existen diferencias en cuanto a los métodos más utilizados para autodañarse dependiendo de si las muestras son comunitarias o clínicas. Con respecto a las comunitarias los cortes en muñecas y antebrazos es el método más utilizado (Nixon, Cloutier y Jansson, 2008). Por otro lado, en el ámbito clínico predominan los casos de sobreingesta de medicamentos y sustancias tóxicas (Olsson, Gameroff, Marcus, Greenberg y Shaffer, 2005).

Las causas más comunes que dan lugar a conductas autolesivas son la depresión y los trastornos de personalidad. En muchos casos de individuos con trastornos de personalidad se autolesionan con el objetivo de llamar la atención. Otra de las causas

por las que un persona se autolesiona puede ser el hecho de sufrir malos tratos o haber sido anteriormente una víctima de abusos sexuales, puesto que esta situación provoca un nivel de malestar emocional que no todas las personas son capaces de superar o convivir con ello y por ello se provocan ellos mismos dolor físico, para distraerse del emocional (Sandy, 2013). Existen otras causas como pueden ser trastornos alimenticios (bulimia y anorexia), las personas que padecen algún tipo de trastorno alimenticio no están contentos con su persona, se aíslan del resto, se avergüenzan de sí mismos, lo que puede llevar a que se autolesionen con el fin de “castigarse” por ser como son; otra causa puede ser el consumo excesivo de sustancias psicoactivas (Laliga, Mendaña, Traserra y Gómez, 1991). Además la autolesión puede ser utilizada por algunas personas como vía para obtener su propio perdón y neutralizar la culpa, puesto que al autodañarse se sienten mejor, más aliviados y relajados.

El estudio CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe) es uno de los estudios más importantes sobre la autolesión en adolescentes basado en la población escolar, donde participaron alrededor de 30.000 adolescentes de 15 y 16 años. En este estudio se comprobó que las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad, impulsividad y eventos estresantes (European Child Adolescent Psychiatry, 2011).

En la actualidad las tasas de autolesión entre adolescentes han aumentado, lo que ha llevado a preguntarse cómo influyen ciertos factores sociales en la aparición de conductas autolesivas. Por esta razón se ha decidido realizar este estudio transversal, para estudiar los factores que aumentan el riesgo de autolesión entre adolescentes.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Qué factores aumentan el riesgo de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años?

Objetivo general

Analizar los factores psicosociales que aumentan el riesgo de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre la depresión y la autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.
- Analizar la relación entre la muerte de un ser querido y la autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

-Analizar la relación entre el acoso escolar y la autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

-Analizar la relación entre la autoimagen y la autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

-Analizar la relación entre la dependencia a las drogas y la autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

Hipótesis

-A mayor depresión, mayor probabilidad de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

-Si la persona ha sufrido la muerte de un ser querido, entonces tendrá mayor probabilidad de autolesionarse entre los 13 a 17 años.

-A mayor acoso escolar, mayor probabilidad de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

-A una autoimagen más negativa, mayor probabilidad de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

-A mayor dependencia de drogas, mayor probabilidad de autolesión en adolescentes de 13 a 17 años.

MÉTODO

Participantes

Para seleccionar a los participantes del estudio se escogerá a 400 adolescentes de entre 13 a 17 años. Para que la muestra sea lo más representativa posible se escogerá aleatoriamente 10 institutos de la Comunidad Valenciana, 40 alumnos de cada uno de ellos, intentando que el porcentaje entre hombres y mujeres sea lo más equitativo posible.

Variables e instrumentos

- Depresión: Se entiende por el estado en el que el individuo siente falta de interés, pérdida del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y odio a sí mismo, la pérdida del placer en actividades habituales y el aumento del cansancio. Esta variable se medirá mediante el inventario de depresión de Beck, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), el cual consta de 21 ítems, con cuatro opciones cada uno, se puntuará con un 0, 1, 2 y 3 a las opciones a, b, c y d respectivamente.

- Muerte de un ser querido: muerte de un familiar, amigo o alguien querido por la persona como un padre, una madre, hermano, pareja... Mediante un ítem con respuesta

dicotómica (sí o no), se preguntará al participante si ha sufrido la muerte de un ser querido en el último año.

- Acoso escolar: el acoso escolar o *bullying* se refiere a sufrir gritos, empujones, burla y amenazas en el instituto por parte de sus compañeros. El acoso escolar se evaluará mediante un cuestionario de 8 ítems con tres opciones cada uno. Mediante la puntuación total se medirá el nivel de acoso escolar sufrido (ver anexo).

- Autoimagen: imagen que cada persona tiene de sí mismo; si se siente guapo, feo, bajo, delgado... Esta variable se medirá mediante la Escala de autoestima de Rosenberg (1965), se trata de un cuestionario con 10 ítems, 4 opciones por ítem. De los ítems 1 al 5 se puntúan de 4 a 1 y de los ítems de 6 a 10 se puntúan de 1 a 4.

-Dependencia de drogas: adicción a sustancias como alcohol, cocaína, heroína, éxtasis, LSD. La dependencia a estas sustancias psicoactivas se puede evaluar mediante el cuestionario de uso de drogas DAST-10 (Gavin et al., 1989). Las preguntas de este cuestionario están referidas a los últimos doce meses, excluyendo el alcohol y el tabaco. Consta de 10 ítems de respuestas dicotómicas (sí o no).

-Autolesión: se entiende por autolesión a la acción de dañarse físicamente. Una persona se autolesiona cuando se produce cortes, se golpea, se estira del pelo, se quema la piel, se muerde y otras acciones con las que puede provocarse dolor físico. Esta variable se medirá mediante un cuestionario de 7 ítems, cuyas respuestas serán sí o no (ver anexo).

-Variables extrañas: para evitar variables extrañas la muestra seleccionada deberá ser lo más homogénea posible en cuanto a la edad y al sexo, procurando así que el 50% de la muestra sean hombres y el otro 50% que sean mujeres.

Procedimiento

Para la realización de este estudio se tomará una muestra de 400 adolescentes de entre 13 a 17 años. Para ello se elegirá 10 institutos públicos de la Comunidad Valenciana, los cuales serán:

-IES Canónigo Manchón, Crevillente (Alicante); IES Cap de l'Aljub, Santa Pola (Alicante); IES San Pascual, Dolores (Alicante); IES Radio Externa (Alicante); IES La Plana (Castellón); IES Penyagolosa (Castellón); IES Violant de Casalduch, Benicasim (Castellón); IES Cid Campeador (Valencia); IES Orriols (Valencia); IES Porçons, Aielo de Malferit (Valencia).

Antes de la realización del estudio se contactará con los diferentes institutos y se le informará de la intención del estudio que se quiere llevar a cabo. Una vez que hayan

dado su autorización para realizar el estudio en cada centro, se procederá a pedir permiso a los padres de los alumnos, ya que se trata de menores de edad. Para ello, antes de acudir al centro, el profesorado entregará a cada alumno una autorización que deberán recibir los padres y tendrá que ser firmada para poder realizarles los cuestionarios.

Se acudirá a los diferentes institutos y de forma aleatoria se escogerán a 40 alumnos de cada centro, proporcionándoles a cada uno de ellos los cuestionarios realizados para la medición de las variables citadas anteriormente.

Los participantes no conocerán el objetivo de los cuestionarios para no condicionar sus respuestas. Además, con el fin de que los estudiantes respondan lo más sinceramente posible, estos cuestionarios se realizarán de forma anónima. Se procederá a agrupar a los participantes de cada centro en un aula para llevar a cabo el cuestionario “in situ”.

La prueba tendrá una duración de una hora y media y estará supervisada por los profesores.

Tipo de diseño y estudio

Este diseño es de tipo correlacional, ya que su objetivo es estudiar la relación entre variables, concretamente entre las variables depresión, muerte de un ser querido, acoso escolar, autoimagen y dependencia de drogas con la variable *autolesión*. Esto se debe a que el diseño correlacional se basa en la observación y análisis de factores sin manipular las variables, no se busca una relación causa-efecto entre ellas, por lo que no se trata de un estudio experimental.

Además es un estudio de tipo transversal, puesto que los datos extraídos a los participantes se realizan una única vez, siendo innecesario un seguimiento longitudinal posterior.

Por último, cabe destacar que se trata de un estudio de campo, en un entorno natural en el que no se modifican las variables.

Análisis de datos

Una vez que se hayan recogido todos los datos, se procederá a su análisis mediante el programa estadístico “IBM SPSS Statistics 20”, mediante el cual se podrán analizar y comparar los datos obtenidos.

Primero se realizará una codificación de los datos, es decir de las respuestas de los cuestionarios. Con las tablas y representaciones gráficas se podrá visualizar a simple

vista los resultados obtenidos y además se realizará un análisis descriptivo de los datos, teniendo en cuenta el índice de tendencia central, las modas, las varianzas y las desviaciones típicas.

Por último se llevará a cabo una comparación de los resultados y contraste de hipótesis mediante el estadístico T-student, con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Los resultados esperables que se obtendrían del estudio en el caso de que se llevara a cabo serían los siguientes:

-La depresión aumentará la probabilidad de que en un sujeto se den conductas autolesivas ya que un individuo con depresión muestra odio hacia sí mismo y una muy baja autoestima pudiendo utilizar la autolesión como medio para autocastigarse y así sentirse mejor. Además también pueden usar la autolesión para librarse del dolor emocional, convirtiéndolo en dolor físico, el cual pueden sobrellevar mejor.

-La muerte de un ser querido puede aumentar el riesgo de autolesión puesto que tras el fallecimiento de un familiar o amigo se inicia en el individuo una fase de duelo, la cual se supera mediante el apoyo emocional de personas de su entorno y por el paso del tiempo. Si no se logra superar este duelo puede aparecer lo que se conoce como duelo patológico, lo que puede provocar una depresión y esta desembocar en conductas autolesivas.

-El riesgo de autolesionarse aumenta si el individuo sufre acoso escolar, ya que durante esta etapa la mayoría de adolescentes no saben cómo superar y afrontar los conflictos con iguales. Al ser amenazados sienten miedo hacia sus agresores y no comunican la situación, esto puede provocar que el sujeto use como vía la autolesión para evadirse y sentir alivio en lugar de afrontar los problemas.

-Cuanto más negativa sea la autoimagen del individuo mayor es la probabilidad de que se autolesione. Esto es debido a que la adolescencia es una etapa en la que tienen mucha importancia e influencia los iguales. Además tanto la publicidad como los medios de comunicación pueden causar una baja autoestima ya que idealizan el físico de hombres y mujeres, mostrándolos como “perfectos”. Esto influye en los adolescentes pudiendo aparecer en ellos conductas de autolesión como medio de castigo por no cumplir esos estereotipos.

-La dependencia de drogas en los adolescentes puede aumentar el riesgo de autolesión, ya que las drogas alteran y modifican la conducta de los individuos de forma negativa.

Esto puede provocar que surja en el individuo un malestar del que intente escapar provocándose daño físico, o bien como forma de castigo.

REFERENCIAS

- Winchel, R., y Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of selfmutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 306-317.
- Favazza, A., y Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2), 134-140.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Ulloa Flores, RE, Contreras Hernández, C., Paniagua Navarrete, K., & Victoria Figueroa, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y Características Clínicas Asociadas en Adolescentes Que acudieron a la ONU infantil hospital psiquiátrico. *Salud Mental*, 36(5), 421-427.
- Laliga, A., Mendaña, F., Traserra, G., y Gómez, A. (1991). Autolesiones en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona durante el año 1990. Estudios de sus Características. IV Simposium Europeo Regional de la AIDSM, 257-259.
- Sandy, T. (2013). Motivos para la autolesión. *International nursing review*, 60 (3), 384-392.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., y Townsend, E. (2001). Trastornos psiquiátricos y de personalidad en pacientes con autoagresión deliberada. *El British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E.M., Corcoran, P., De Leo, D., Jan de Wilde, E., Fekete, S., Van Heeringen, K., Ystgaard, M., Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508.
- De Leo D. y Heller T. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australia*, 18, 140-144
- Nixon M., Cloutier P. y Jansson S. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312.

Olfson M., Gameroff M., Marcus S., Greenberg T. y Shaffer D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional selfinflicted injuries. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1328–1335.

Eficacia de la terapia con música en las adicciones

Mercedes Sesé Selva

Ana María Sánchez Candela

Rosa Verdú Sirvent

RESUMEN:

El objetivo de este estudio experimental es comprobar la eficacia de la terapia con música en las personas con drogodependencia para mejorar diferentes aspectos de la conducta como es la retención al tratamiento, el tiempo de abstinencia, nivel de ansiedad, etc. Para ello se han elegido 50 usuarios de la Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante de los cuales habrá un grupo control de 25 personas y un grupo experimental de otras 25 personas, a éste último se le aplicará la terapia con música. Durante y después de toda la intervención se medirán los diferentes ítems que se trabajarán para verificar la eficacia del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (1964) drogodependencia es: “El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco (droga) de forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.”

La drogodependencia perjudica a un gran porcentaje de la población y por ello causa gran preocupación. No solo afecta a la persona con adicción sino que, en muchos casos las terceras personas se ven afectadas provocando problemas de salud pública. Las consecuencias que conlleva la drogodependencia hacen que se necesiten y se tomen medidas adecuadas.

La falta de habilidades sociales y autocontrol, las emociones negativas, habilidades de afrontamientos y la evitación de experiencias son consideradas como el mayor factor de riesgo para el uso de drogas y la recaída, por ello, sería eficaz el uso de Tratamientos Cognitivos-Conductuales (Cognitive-Behavioral Treatment, CBT). De este modo, no sería raro pensar que los tratamientos con música, que disminuyen la ansiedad, la impulsividad, cambian estados de ánimo, etc., favorecieran la recuperación en personas con drogodependencia (Baker, Gleadhill y Dingle, 2007; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

La WFMT (2011) se define la musicoterapia como: “el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativo, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos.”

Algunos estudios han comprobado la eficacia de la musicoterapia en problemas psicológicos como es la depresión, ansiedad, autismo, TDAH, esquizofrenia, etc.

Un ejemplo de estos estudios sería el realizado en México. Uno de los objetivos del estudio era comprobar la utilidad de la terapia con música como recurso terapéutico en personas con esquizofrenia. Para ello, se escogieron usuarios del Programa de

Rehabilitación Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto de Psiquiatría
Ramón de la Fuente (Murow-Troice y Sánchez-Sosa, 2003).

Para evaluar el bienestar de cada persona se desarrolló un registro que tenían que cumplimentar antes y después de la sesión de musicoterapia. Al comparar los resultados se observó que había una mejoría progresiva, además de una mejoría en la sensación de bienestar asociada con la disminución de síntomas negativos (anhedonia, alogia, pobreza afectiva, etc.). Además, en el registro se comprobó que los mayores aumentos en la percepción de bienestar se dio en “divertirse” y en “encontrar una solución a mis problemas” por lo que son características importantes en la mejoría de la anhedonia que tanto afecta al funcionamiento social (Murow-Troice y Sánchez-Sosa, 2003).

Por otro lado, en relación a la drogodependencia, se realizó un estudio en Brisbane (Australia), se reunió a una muestra de 24 personas de una unidad especialista de rehabilitación en alcohol y drogas de un hospital privado para realizar un estudio sobre la musicoterapia y la exposición de emociones (Baker et al., 2007).

En este estudio se mostró que las sesiones de musicoterapia dentro de un programa de Terapia Cognitiva Conductual produjeron tanto emociones positivas como negativas en los participantes con Trastorno del Uso de Sustancias. La mayoría de los sujetos informaron que disfrutaron de las sesiones de musicoterapia, indicando que eran capaces de controlar las experiencias emocionales sin el uso de sustancias (Baker et al., 2007). Se comprobó que las canciones, letra y música en conjunto, eran más eficaces que por separado para evocar emociones y cambios de ánimo. Al terminar el estudio los participantes informaron que la musicoterapia les permitió sentir emociones sin necesidad del uso de las sustancias (Baker et al., 2007).

A la vista de estos datos, se considera que la musicoterapia puede repercutir positivamente en las personas con drogodependencia ya que está diseñada para provocar emociones en un contexto seguro, sin necesidad del uso de sustancias. Además, considerando que la musicoterapia es relativamente reciente y hay pocos estudios sobre ello, se considera importante continuar estudiando si la terapia con música es eficaz en personas con drogodependencia.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Es eficaz la terapia con música en las personas drogodependientes?

Objetivo general

- Comprobar la eficacia de la terapia con música en el tratamiento de las adicciones.

Objetivos específicos

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre el autocontrol de las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la ansiedad en las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre el tiempo de abstinencia en las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la retención del tratamiento en las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre la motivación para el cambio en las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre autoconcepto en las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre las habilidades sociales en las personas drogodependientes.

- Comprobar la eficacia de la terapia con música sobre el número de consumos ocasionales en las personas drogodependientes.

Hipótesis

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música tendrán mayor autocontrol.

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música disminuirán su ansiedad.

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música alcanzarán un mayor tiempo de abstinencia.

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música tendrán una mayor retención al tratamiento.

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música tendrán mayor motivación para el cambio.

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música tendrán un mejor autoconcepto.

- Las personas drogodependientes que se someten a la terapia con música tendrán mayor habilidades sociales.

- Las personas drogodependientes que se someten a terapia con música tendrán menor número de consumos ocasionales.

MÉTODO

Participantes

Los criterios que se tendrán en cuenta para hacer la selección de los sujetos serán los siguientes:

Hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años.

Que vayan a iniciar el tratamiento en Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante.

Que sepan leer y escribir.

Las personas que tengan algún tipo de trastorno como trastorno bipolar, esquizofrenia etc., tendrán que estar bajo tratamiento, sino será motivo de exclusión del estudio.

Las personas que tengan procesos judiciales pendientes no podrán participar en el estudio.

La muestra constará de 50 participantes, se hará una distribución al azar y se formarán dos grupos de 25 personas cada uno. Un grupo recibirá terapia con música y el otro no.

Variables e Instrumentos

La *variable independiente* en este estudio será la terapia con música que se realizará en la Fundación Noray Proyecto Hombre de Alicante. La terapia constará de dos sesiones semanales de una hora y media cada una. Se realizarán los lunes y los miércoles por la tarde. La terapia con música durará 6 meses. Esta terapia consiste en introducir sesiones de terapia con música al tratamiento terapéutico-educativo que realizan los residentes de la comunidad terapéutica residencial. Se trabajará mediante canciones de diferentes estilos de música, con instrumentos, expresión corporal, lecciones de teoría musical y de canto etc.

Las *variables dependientes* son:

- *Autocontrol*: es la habilidad que tiene el sujeto de controlar sus impulsos, emociones y deseos que afectan a su conducta como por ejemplo, controlar las ganas de consumir, controlar sus pensamientos dirigidos al consumo, etc. Es una variable cualitativa ordinal que será medida con el Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum (1980). Consta de 36 ítems que el sujeto a de puntuarlos con una escala de -3 a 3

dependiendo de cómo este se identifique (López-Torrecillas, Martín, Inmaculada de la Fuente y Godoy, 2000).

- *Nivel de ansiedad*: es el nivel en el que el sujeto presenta nerviosismo, agitación, sudoración, agresividad, etc. referido a la persona que actualmente no consume drogas y puede crearle los síntomas nombrados. Es una variable cualitativa ordinal que será medida con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Consta de 40 ítems, de los cuales 20 pertenecen a la subescala Estado, que miden cómo se siente el sujeto en ese momento y otros 20 a la subescala Rasgo, que identifican como se siente el habitualmente (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012).

- *Tiempo de abstinencia*: se entiende como el número de días que el sujeto está sin consumir ninguna sustancia adictiva. Es una variable cuantitativa y se medirá con un Autorregistro (Anexo I).

- *Retención al tratamiento*: se entiende como el número de días que asiste al tratamiento. Es una variable cuantitativa que se medirá con un Autorregistro (Anexo II).

- *Nivel de motivación por el cambio*: se entiende como la intención que tiene una persona para realizar cambios en su vida, como por ejemplo, dejar de consumir, asistir a una terapia, etc. Es una variable cualitativa ordinal que se medirá con el cuestionario SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale). El cuestionario consta de 19 ítems con una puntuación del 1 al 5. Contiene 3 subescalas: Predisposición al cambio, que consta de 8 ítems; Reconocimiento, que consta de 7 ítems y Ambivalencia, que consta de 4 ítems (Miller y Tonigan, 1996).

- *Autoconcepto*: es la imagen propia en relación al aspecto físico, las habilidades, y limitaciones. Es una variable cualitativa ordinal. La escala utilizada será TSCS (Tennessee Self-concept Scale) en su versión española. Consta de 100 ítems relacionados con el aspecto físico, moral-ético, personal, familiar y social, dónde los sujetos deben puntuar del 1 al 5, donde 1 será nunca y 5 siempre (Alfaro-García y Santiago-Negrón, 2002).

- *Habilidades sociales*: se tendrá en cuenta la asertividad, empatía, resolución de conflictos, expresar sentimientos y opiniones, respetar normas, etc. Es una variable cuantitativa y se medirá con la Lista de Chequeo de Evaluación de Habilidades Sociales (Goldstein et. al, 1980). Consta de 50 ítems en los que se medirá habilidades sociales primarias, avanzadas, sentimientos, alternativas, estrés y de planificación. Donde los

sujetos deben puntuar del 1 al 5, donde 1 será nunca y 5 siempre (Morales, Benítez y Agustín, 2013).

- *Número de consumos puntuales*: Se entiende como número de veces que se pueda volver a consumir de forma puntual durante el tratamiento. Es una variable cuantitativa y se medirá con una hoja de Autorregistro (Anexo III).

Las *variables extrañas* son: el sexo y la edad de los participantes. Para que el grupo control y el grupo experimental sean lo más homogéneo posible se realizará una selección aleatoria.

Procedimiento

Fase 1. Selección. Se informará al equipo directivo de la Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante del experimento a realizar y se pedirá su colaboración para realizarlo con los usuarios de la Comunidad Terapéutica Residencial (CTR). Una vez se haya dado el consentimiento para la realización del experimento, se informará a los usuarios de la Comunidad Terapéutica Residencial (CTR) del funcionamiento y de los objetivos del experimento y se dará una hoja de consentimiento de cesión de datos y de conformidad con el experimento para que la firmen aquellos usuarios que quieran participar en el experimento.

Fase 2. Una vez firmadas las hojas de consentimiento, se procederá a realizar la división aleatoria de los grupos de 25 personas cada uno. Uno será el grupo control y otro el grupo experimental.

Cuando esté realizada esta división se pasará un cuestionario para medir las distintas variables antes de empezar con el experimento.

Fase 3. El desarrollo de la terapia se llevará a cabo en el centro que tiene la Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante en el municipio de Alicante. La terapia constará de dos sesiones semanales de una hora y media cada una que se realizarán los lunes y los miércoles por la tarde. La terapia con música durará 6 meses. En esta fase se medirán las variables retención al tratamiento y número de consumos ocasionales con los instrumentos anteriormente mencionados.

Fase 4. Finalizado el tratamiento se volverán a medir todas las variables.

Fase 5. Seguimiento: Para poder verificar la eficacia del tratamiento con música a largo plazo, se volverán a medir todas las variables con los cuestionarios mencionados a los 3 meses, a los 6 meses y al año de haber finalizado el tratamiento.

Tipo de diseño y estudio

Respecto al diseño de la investigación corresponde a un diseño experimental ya que se determinará el efecto de unas variables sobre otras. Además, es un experimento de campo porque se realiza en un ambiente natural, y un estudio longitudinal prospectivo, ya que cada variable se medirá en más de una ocasión.

Se tendrá en cuenta a dos grupos de personas drogodependientes con un mismo tratamiento pero, en uno de ellos se añadirá una variable (la música) y se podrá observar el efecto de esta, es decir, relación causa-efecto. Además, las variables serán medidas a lo largo del tiempo varias veces: al empezar el tratamiento, durante el tratamiento y al finalizar éste.

Análisis de datos

Una vez recogidos los cuestionarios que se hayan realizado a todos los participantes de la muestra se introducirán en el programa SPSS. Después, se realizarán los análisis descriptivos correspondientes, calculando la media, moda, varianza, frecuencia, etc.

A continuación, se efectuarán dos clases de comparaciones: la primera entre los resultados de los sujetos del grupo experimental y, por otro lado, los resultados del grupo control para comprobar que las variables dependientes han sido favorables en los diferentes grupos; y una segunda comparativa entre el grupo experimental y el grupo control para así observar la eficacia de la terapia con música. Para esto se utilizará la distribución t de Student con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras finalizar el estudio sobre la eficacia de la terapia con música en personas drogodependientes, y si este se llevara a cabo, los resultados esperados serían los siguientes:

Con respecto a las variables más relacionadas entre sí cómo son el tiempo de *abstinencia* y *número de consumos ocasionales*, se puede prever que algunos de los sujetos del grupo experimental puedan presentar algún consumo de forma ocasional o un problema con mayor gravedad como es una recaída. Se tendrá que comprender la dificultad debido a la problemática del tratamiento con adicciones.

Este tratamiento presenta numerosos cambios de hábitos y rutinas que la persona deberá abandonar de forma radical, y ello conllevará a todo tipo de cambios conductuales, emocionales y, en general, numerosos altibajos notables, que podrán influir en el experimento y que se deberá de tener en cuenta. En cualquier caso, este no

será un criterio de exclusión para abandonar la terapia y así conseguir los objetivos del estudio.

La variable de *retención al tratamiento*, será la que indique en mayor medida la eficacia de la terapia con música, debido a que proporcionará información de cómo los sujetos del grupo experimental consiguen mejorar en todas las variables propuestas y así a su vez una retención al tratamiento que ayudará a superar su adicción

Con respecto a las variables dependientes de *nivel de motivación para el cambio*, *autoconcepto* y *habilidades sociales*, se intentará que la música ayude a expresar sentimientos y sensaciones, además de ideas e inquietudes personales.

La música es un instrumento o herramienta comunicativa para aquellas personas que les cuesta expresar todos aquellos pensamientos y sentimientos que se tienen por experiencias negativas o miedos. Además, la terapia con música realizada en grupo, conseguirá fomentar la unión de sus miembros y crear un clima emocional que permitirá relacionarse de una forma adecuada, ayudando así a mejorar las habilidades del sujeto para la relación positiva con los demás. Cuando se logra esto, el sujeto se dará cuenta de que ha adquirido nuevas habilidades que podrá desarrollar fuera del estudio.

Con dicha terapia se podrá desarrollar el conocimiento de sí mismo. Habrá un conocimiento de defectos y virtudes del sujeto con respecto a los demás. Además, se tomará con normalidad dichas diferencias. Todas las sensaciones y sentimientos llevarán a tener experiencias gratificantes que ayudarán a configurar el autoconcepto real, que con anterioridad en la mayoría de los casos suele ser erróneo.

Si se habla de las variables dependientes *autocontrol* y *nivel de ansiedad*, junto con las variables anteriores, serán las que más sean influenciadas positivamente con la terapia con música. Está demostrado que la música y su terapia puede ser útil en el control de las emociones, por ello, con esta terapia se pretende influir positivamente en reducir los niveles de ansiedad que puedan presentar los sujetos, tanto con el control de la respiración y sus técnicas, como en la liberación de pensamientos negativos. Si el nivel de ansiedad o incluso otras variables que puedan aparecer como ira, frustración o miedo, son mucho más bajas y controlables, el autocontrol podrá ser más efectivo y así dotar al sujeto de una mayor confianza en sí mismo y en todo aquello que realice. Se destaca, como anteriormente se menciona, que se prevé cualquier tipo de problema que pueda surgir, ya que las adicciones presentan muchos contratiempos y una serie de subidas y bajadas que se debe tener en cuenta, pero en ningún momento será motivo de exclusión del estudio.

REFERENCIAS

- Alfaro-García, R. y Santiago-Negrón, S. (2002). Estructura Factorial de la Escala de Autoconcepto Tennessee (versión en español). *Interamerican Journal of Psychology*, 36(1), 167-189.
- Felicity A. Baker, Libby M. Gleadhill, Genevieve A. Dingle (2007). Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 321-330.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- López-Torrecillas, F., Martín, I., Inmaculada de la Fuente, E. y Godoy, J. F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12(2), 331-334.
- Miller, W.R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Mingoarraz, J. y Prieto, J. (s. f). Drogodependencia. Disponible en:
<http://cmaajmingoarranzjprieto.jimdo.com/definici%C3%B3n/>
- Morales, M., Benítez, M. y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivos y sociales) en la adolescencia de una zona rural. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 15(3), 98-113.
- Murow-Troice, E. y Sánchez-Sosa, J. J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26(4), 47-58.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos Psicológicos del Tratamiento de las Drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- World Federation of Music Therapy (2011). Disponible en:
<http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

Infertilidad y afección de las relaciones de pareja

Bernardo Ortega Castro
Carla Navarro Boix
Noelia López de Paco
Rodrigo Paños Martínez

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es conocer en qué medida influye en una relación de pareja el hecho de no poder tener hijos, diferenciando el género de la persona infértil. Para ello se analizará una muestra que constará de dos grupos de 30 parejas cada uno, cuyas edades varían en torno a los 25 y 35 años. En el primer grupo los sujetos infértiles serán los hombres, mientras que en el segundo grupo serán las mujeres. Con lo cual, tendremos una muestra de 60 parejas en total extraídas de clínicas de fertilidad de la provincia de Alicante. Durante esta investigación se medirá la ansiedad y la cohesión de la pareja en ambos grupos. Para concluir, y con los datos obtenidos, se podrá establecer qué diferencias hay entre ambos grupos.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es la imposibilidad de completar un embarazo después de que una pareja haya tenido relaciones sexuales sin ningún tipo de medida anticonceptiva.

Normalmente los médicos suelen comenzar los estudios de una pareja infértil tras un año de intentos fallidos de embarazo por parte de esta. Los problemas de infertilidad en el caso de estas parejas pueden ser debidos a un problema de diversas causas que pueda tener el hombre, uno de la mujer o es posible que sea una mezcla de ambos. Este no es un problema que pueda suponer una amenaza para los individuos que lo padezcan, pero sí que puede causar problemas psicológicos tanto al sujeto como a su entorno, ya que en muchas ocasiones tener hijos es una gran ilusión y un objetivo para los componentes de una pareja (Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman, 2003). En el momento en el que a una pareja se le diagnostica infertilidad es el principio de una fuerte preocupación y de sobrecarga emocional por parte de ambos individuos (Witkin, 1995). Actualmente este problema, la infertilidad, afecta a entre el 15 y el 20% de las parejas que se encuentran en edad reproductiva. (Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman, 2003).

Existe un buen número de bibliografía que comenta el problema de la infertilidad y lo relaciona con los posibles conflictos y con la ansiedad que puede causar este en las relaciones de pareja.

En un estudio de Flores-Robaina, Jenaro-Río y Moreno-Rosset (2008) se comenta el papel que puede tener la terapia de pareja en parejas infértiles, ya que hay evidencias de que la infertilidad produce estrés y puede causar muchos problemas en la relación. Se menciona también la importancia de que la pareja esté cohesionada, se comunique y pueda apoyarse aunque se encuentre en esta situación.

Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda y Domínguez (2002) comentan que los hombres y las mujeres afrontan de forma diferente la infertilidad. Según su estudio, establecen que en los hombres predomina la ansiedad (47%), la pena (37%) y el ánimo inestable (33%) mientras que en las mujeres lo predominante es el ánimo inestable (75%), la pena (68%) y la rabia (50%).

Según Muñoz, Forns, Kirchner, Peñarrubia y Balasch (2012) comentan en su estudio, la ansiedad rasgo y la ansiedad estado en parejas infértiles presentan algunas diferencias entre hombres y mujeres. En cuanto a la ansiedad estado son las mujeres las que obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres, pero en cuanto a la ansiedad rasgo no se pueden establecer diferencias entre hombres y mujeres. Las diferencias que

se pueden observar en la ansiedad estado podrían deberse a que hombres y mujeres tienen preocupaciones diferentes en cuanto a la infertilidad.

En un estudio realizado por Castillo-Aparicio, Moreno-Rosset, Martín-Díaz y Ramírez-Uclés (2009) se estudian las diferencias de género que existen en cuanto a afecto negativo (representa hasta qué punto el sujeto se siente con malestar y con desagrado) y positivo (representa hasta qué punto el sujeto se siente positivo y con energía), el desajuste emocional y los recursos adaptativos en las parejas infértiles. Tras realizar su estudio, las autoras concluyen que son las mujeres quienes tienen mayor índice de afecto negativo pero menor índice de afecto positivo. También se establece que son las mujeres infértiles las que tienen un mayor nivel de desajuste emocional. Y para finalizar, en cuanto a los recursos adaptativos no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Se ha considerado apropiado realizar este estudio, ya que, tras realizar una revisión bibliográfica de temas relacionados, se ha observado que el tema de las diferencias que existen entre hombres y mujeres a la hora de afrontar los conflictos y la ansiedad de la pareja debidos a la infertilidad, aunque se aborda en algunos estudios, es de forma muy escasa. Por lo tanto, el objetivo de este estudio será profundizar más en estas diferencias basadas en el género.

OBJETIVOS.

Pregunta problema.

¿En qué medida influye el no poder tener hijos en la pareja según el género del infértil?

Objetivo general.

Estudiar en qué medida puede influir la infertilidad en la pareja según el género del infértil.

Objetivos específicos.

- Analizar si influye en la ansiedad de la mujer la infertilidad cuando la infértil es ella.
- Analizar si influye en la ansiedad del hombre la infertilidad cuando la infértil es la mujer.
- Analizar si influye en la ansiedad del hombre la infertilidad cuando el infértil es él.
- Analizar si influye en la ansiedad de la mujer la infertilidad cuando el infértil es el hombre.
- Analizar si influye en la cohesión de la pareja la infertilidad cuando la infértil es la mujer.

- Analizar si influye en la cohesión de la pareja la infertilidad cuando el infértil es el hombre.
- Analizar si influye en la adaptabilidad de la pareja la infertilidad cuando la infértil es la mujer.
- Analizar si influye en la adaptabilidad de la pareja la infertilidad cuando el infértil es el hombre.

Hipótesis

- La infertilidad aumenta la ansiedad de la mujer cuando la infértil es ella.
- La infertilidad aumenta la ansiedad del hombre cuando la infértil es la mujer.
- La infertilidad aumenta la ansiedad del hombre cuando el infértil es él.
- La infertilidad aumenta la ansiedad de la mujer cuando el infértil es el hombre.
- La infertilidad hace que disminuya la cohesión de pareja cuando la infértil es la mujer.
- La infertilidad hace que disminuya la cohesión de pareja cuando el infértil es el hombre.
- La infertilidad hace que disminuya la adaptabilidad de la pareja cuando la infértil es la mujer.
- La infertilidad hace que disminuya la adaptabilidad de la pareja cuando el infértil es el hombre.

MÉTODO.

Participantes.

Se seleccionará de clínicas de fertilidad de la provincia de Alicante, un conjunto de 60 parejas, las cuales estarán divididas en dos grupos de 30 parejas cada uno. En el primer grupo los sujetos infértiles serán los hombres, mientras que en el segundo lo serán las mujeres.

Las parejas incluidas en el estudio deberán cumplir siguientes características: las parejas tendrán que presentar un nivel socioeconómico medio, deberán ser heterosexuales, no deberán haber tenido ningún hijo con anterioridad (ya sea adoptado o biológico), será necesario que sus edades se encuentren entre 25 y 35 años y, por último, sólo uno de los componentes de la pareja deberá presentar un problema que le impida tener hijos.

Variables e instrumentos.

En el estudio, como variables se tendrán en cuenta el sexo de la persona infértil, la ansiedad, la cohesión, la adaptabilidad de la pareja.

El sexo de la persona infértil, es decir, que sea el hombre o la mujer, será una variable que habrá que controlar.

La ansiedad se entiende como un estado de angustia y desespero de forma continua y constante. Se considerará que un sujeto presenta ansiedad siempre que cumpla con los criterios que establezca el cuestionario utilizado para medir esta variable, es decir, siempre que obtenga una puntuación de 15 puntos o más.

Para medir el nivel de ansiedad se utilizará la Escala de Ansiedad de Hamilton (1969), que es una escala que consta de 14 ítems en los cuales el entrevistador valora de 0 a 4 cada ítem valorando la intensidad y frecuencia del mismo. Se pueden obtener dos puntuaciones que correspondan a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Tiene un rango de 0 a 56 puntos y establece que a partir de 15 puntos es un indicativo de ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La cohesión familiar se entiende como el grado de vinculación personal que existe entre los miembros de la familia, el apoyo que se proporcionan, los límites familiares que presentan, el tiempo que pasan juntos y con amigos y los intereses que comparten. En el estudio se considerará que una pareja está cohesionada o no siempre que cumpla con los criterios que establezca el cuestionario utilizado para medir esta variable.

La adaptabilidad se entiende como la capacidad que tiene la pareja para ajustarse a la situación de infertilidad, es decir, como un conjunto de factores entre los que se encuentran tanto el liderazgo, la disciplina y el control de los miembros de la pareja como la combinación de roles y reglas entre estos. Se considerará que una pareja posee adaptabilidad siempre que cumpla con los criterios que establece el cuestionario utilizado para medir esta variable.

Para medir el nivel de cohesión y de adaptabilidad se utilizará la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle (1983), concretamente FACES III (1983) (The Family Adaptability and Cohesion Evolution Scale), consta de dos partes con 20 ítems cada una, estas deberán ser puntuadas mediante una escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos desde el punto de vista cuantitativo y de forma cualitativa incluye los siguientes parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca. Su primera parte se compone por 20 ítems, medirán el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del individuo en ese instante. La segunda parte se compone

también 20 ítems de la primera parte que reflejarán la adaptabilidad y la cohesión familiar, pero desde una visión idealizado del sujeto, es decir, cómo a éste le gustaría que fuese su familia. Al comparar los resultados se obtendrá la diferencia de la percepción real en comparación de la ideal así como el índice de satisfacción que el individuo presente hacia el funcionamiento de su familia. La escala está estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada una de las variables de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8-14-16-20).

Las variables extrañas de este estudio serán el tiempo que lleva la pareja, el nivel socioeconómico y la edad que tienen. Las cuales se intentará que no sea significativa, utilizando una muestra homogénea elegida de manera aleatoria. Para controlar tanto la edad como el sexo del infértil se empleará un primer cuestionario en el cual se recogerán estos datos sociodemográficos.

Procedimiento.

Las muestras serán seleccionadas en clínicas de fertilidad de la provincia de Alicante, donde se contactará con los respectivos responsables de estas para informarles sobre el estudio que se quiere llevar a cabo y se pedirá su autorización y colaboración para que informen a las parejas que acuden a sus centros de que pueden colaborar con el presente estudio de forma voluntaria. A estos responsables se les pedirá que entreguen una hoja de consentimiento a estas parejas para poder tener tanto su consentimiento como los datos necesarios de aquellas que se presten a colaborar con el estudio. En esta hoja de consentimiento se incluirá, a parte del consentimiento, la presencia de datos significativos para el estudio como la edad y el género de cada miembro de la pareja, el género del miembro de la pareja que tenga el problema de fertilidad, el nivel socioeconómico, la cantidad de hijos. Estos datos servirán para seleccionar a los sujetos que cumplan con los requisitos deseados y descartar a los que no los cumplan.

Una vez que se haya seleccionado la muestra y se haya descartado a las parejas que no cumplan los requisitos anteriormente comentados, se contactará con los responsables de los centros para comentarles que se les pasarán los cuestionarios que miden las variables del estudio. Serán los centros quienes entregarán los cuestionarios a los sujetos ya que es menos costoso en cuanto a tiempo que a medida que las parejas

vayan acudiendo al centro, cada una por separado haga sus respectivos cuestionarios en un tiempo estimado de 30-40 minutos. Una vez que todas las parejas completen sus respectivos cuestionarios, los representantes del presente estudio se dirigirán a los centros colaboradores recoger toda la información captada.

Tipo de diseño y estudio.

El estudio presentará un diseño correlacional debido a que su objetivo será establecer una relación entre dos variables y no una relación causa-efecto. Tales variables serán la cohesión de la pareja y la ansiedad. A su vez, se trata de un estudio transversal ya que se analizará a las parejas en un solo momento temporal. Este análisis se llevará a cabo de forma directa mediante cuestionarios que las parejas deberán contestar. Además, el presente estudio se considera un estudio de campo, ya que los investigadores no simulan ni crean ninguna situación, la muestra realizará los cuestionarios pertinentes en un medio natural.

Análisis de datos.

Una vez obtenidos todos los datos se analizarán y codificarán con el SPSS. Por otro lado, se realizará un análisis descriptivo de estos datos mediante el empleo de estadísticos como medias, varianzas y desviaciones típicas ya que se trata de analizar variables cuantitativas. Una vez obtenidos estos datos, se procederá a compararlos de manera que se pueda obtener toda la información necesaria para contestar a las hipótesis previamente establecidas. Se utilizará como estadístico de comparación la T de Student con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES.

En relación a las hipótesis punteadas con anterioridad, se esperarían los siguientes resultados si el estudio se llevase a cabo.

En primer lugar, en este estudio se espera demostrar que la infertilidad provoca ciertos conflictos en la relación de pareja. En ambos casos, ya sea la mujer o el hombre el afectado, la pareja sufre desajustes emocionales y altos niveles de ansiedad, por ello no es de extrañar que se dé una crisis que amenace la estabilidad de la pareja. Estos conflictos se presentarán de una forma más negativa cuando en esta pareja la mujer es quien presenta el problema de fertilidad debido a que los hombres ante esta situación muestran mantener mejores niveles de equilibrio emocional que las mujeres, llegando a casos de no detectar diferencias en el nivel de bienestar en cuanto a otros que si son fértiles.

En cuanto a la ansiedad, se espera que tanto en los hombres como en las mujeres aumenten los niveles de ansiedad. En cuanto a estos niveles serán las mujeres las que presenten niveles más altos. Esto será causado por las diferentes preocupaciones que presenta cada género. Siendo la mujer la que tiene una mayor tendencia a conductas relacionadas con la ansiedad ante estas situaciones, mientras que los hombres presentarán niveles más elevados de rabia.

Por otro lado, la cohesión de la pareja se verá deteriorada en ambos casos. Pero cuando la infértile sea la mujer, la cohesión será menor debido a varios factores como la ansiedad comentada anteriormente.

Por último, en cuanto a la adaptabilidad se espera que disminuya en ambos casos. La adaptabilidad está muy relacionada con la cohesión en pareja ya que el hecho de que una pareja se apoye y tenga comunicación facilitará la adaptabilidad ante situaciones adversas. Debido a esto, se espera que en las relaciones donde la infértile es la mujer, los niveles de adaptabilidad sean inferiores ya que como se ha comentado anteriormente la cohesión en estas parejas es menor.

REFERENCIAS

- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C. y Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, 52(4), 227-248.
- Castillo-Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín-Díaz, M. D. y Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario De Psicología Clínica Y De La Salud*, 5, 41-48.
- Flores-Robaina, N., Jenaro-Río, C. y Moreno-Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles Del Psicólogo*, 29(2), 205-212.
- Hamilton, M. C. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 3, 76-79.
- Muñoz, D., Forns, M., Kirchner, T., Peñarrubia, J. y Balasch, J. (2012). Ansiedad y depresión en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV): rol de las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Reproductiva*, 18(1), 53-62.
- Olson, D. H., Russel, C. S, Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.

- Palacios, E., Jadresic, E., Palacios, F., Miranda, C. y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 67(1), 19-24.
- Witkin, G. (1995). *El estrés de la mujer*. Barcelona: Grijalbo.

Diferencias a la hora de afrontar el duelo en personas con Síndrome de Down y personas que no lo padecen

Ana Martínez Ortiz

Alejandro Alberola García

Leticia Agulló Ferriz

Virginia Fernández Esteban

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito determinar las diferencias del duelo entre personas con Síndrome de Down y personas que no lo sufren. Para realizar este trabajo correlacional primero definiremos el duelo y el síndrome de Down y se analizarán estas diferencias teniendo en cuenta el rendimiento laboral, expresión de las emociones, etapas del duelo que atraviesa y la duración del mismo. Se selecciona una muestra no aleatoria de 60 sujetos (30 que padecen el síndrome y 30 de población normal) centrándonos en cómo afecta el duelo en una persona adulta al producirse un fallecimiento parental no repentino.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de un ser querido es quizás uno de los acontecimientos más impactantes que se produce en la vida de una persona convirtiéndose, en algunos casos, en una de las principales fuentes de estrés y malestar, aunque el DSM no lo atribuye a un trastorno mental. La mayoría de las personas que están inmersas en un proceso de duelo y, por tanto, de sufrimiento, se recuperan con mayor o menor fortuna, en un periodo relativamente corto de tiempo que suele oscilar sobre los dos y tres años.(Limonero et al, 2009).

Corresponde a Sigmund Freud el mérito de haber abordado el duelo como un trabajo de elaboración de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado. Uno de los investigadores que más se han aproximado a la definición del Duelo Complicado es Prigerson, que diferencia la “pena traumática” con presencia de síntomas de malestar por la pérdida de los síntomas de “malestar traumático”. Es importante diferenciar el duelo complicado de otros diagnósticos y patologías recogidos en el DSM-IV-TR como el Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Adaptativo. En la clínica los duelos complicados pueden presentarse de las siguientes formas: congelado, paranoide, maníaco, depresivo, ansioso, somatizador, histeroide, obsesivo, con abuso de drogas o alcohol, actuador y otras formas psicopatológicas (Curiel, 2011).

El duelo tiene diferentes etapas aunque se ha discutido cuáles son éstas y su validez empírica (Maciejewski, 1995). Son muy variables según las personas. A este tema se han referido autores significativos como Parkes (1996) que desde la teoría del vínculo identificó tres formas principales de duelo patológico: duelo crónico, duelo inhibido y duelo diferido; Bowlby quien integró conceptos analíticos y etológicos y Worden quien también diferencia una serie de etapas en el proceso de duelo.

Al producirse la muerte de uno de sus padres, uno de sus principales referentes, el duelo está muy relacionado con sentimientos de dependencia, por la existencia o no de una etapa de cuidados de los padres; por las modificaciones posteriores de la relación con los hermanos o familiares y el reparto de la herencia. Sea cual sea la edad en la que se produzca la pérdida el sentimiento de orfandad y soledad existe. Este duelo puede estar mitigado o adelantado, a veces, por la conciencia previa de la enfermedad prolongada. Cuando sucede en edades más tempranas de la formación de la propia pareja o inicio de la adultez, supone el contraste del final de los

progenitores con las ilusiones, vidas o proyectos que comienzan y la pena por su no coexistencia. A veces coincide con la independencia de los hijos y puede suponer una acentuación de la soledad o un punto de inflexión que conciencia de una nueva etapa. (Gamo, 2009)

Por otra parte, el Síndrome de Down es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de 46. En la mayoría de los casos, el síndrome de Down ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21 (trisomía 21). El síndrome de Down es una de las causas más comunes de anomalías congénitas en los humanos y no posee ningún tratamiento específico. Los síntomas del síndrome de Down varían de una persona a otra y pueden ir de leves a graves e influye tanto en el desarrollo físico como en el desarrollo cognitivo y las características a destacar son: tienen limitaciones cognitivas; su tipo de pensamiento es concreto; presentan dificultades para la comunicación (sobre todo de sentimientos); su círculo social suele ser pequeño; se apoyan en conductas rutinarias; tienen un conocimiento limitado del tiempo; son pobres en ciertas formas de memoria, por lo que necesitan que se les repita para llegar a retenerlas; son dependientes en su vida diaria, en mayor o menor grado; tienen dificultades para relacionar diferentes variables en situaciones de crisis porque son menores sus habilidades adaptativas; a pesar de ello tienen buena inteligencia social y buena capacidad para generar empatía; y muestran dificultad para definir, comprender y expresar sus emociones. (Clark, 2008).

Algunos estudios y artículos relacionados con el proceso de duelo y Síndrome de Down concluyen que las personas con discapacidad intelectual deben ser consideradas como candidatas potenciales a intervenciones dirigidas a favorecer la evolución de su etapa de duelo (Brickell, Munir, 2008). Otros estudios resaltan la importancia del acompañamiento educativo por duelo a personas adultas con discapacidad intelectual (Herrero et al., 2013).

A la vista de estos estudios y de acuerdo con la importancia que puede tener en el contexto psicosocial, resulta extraño que apenas se hayan realizado estudios que relacionen Síndrome de Down y duelo, con el fin de ayudar a las personas con esta discapacidad a recuperar su estabilidad personal. Se realizará el siguiente estudio, ya que parece escaso el abordaje de estas variables con el objetivo de determinar las diferencias que poseen los sujetos con Síndrome de Down con aquellos que no lo presentan.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Afecta igual el duelo en personas con Síndrome de Down que a personas que no lo padecen?

Objetivo general

Determinar las diferencias del duelo entre personas con Síndrome de Down y personas que no lo padecen.

Objetivos específicos

- Observar las etapas del duelo que experimentan las personas con y sin Síndrome de Down.
- Determinar la duración del duelo en personas con y sin Síndrome de Down.
- Estudiar la expresión de las emociones en personas con y sin Síndrome de Down.
- Evaluar el rendimiento laboral tras el duelo en personas con y sin Síndrome de Down. *Hipótesis*
- Las etapas del duelo que atraviesa un paciente con Síndrome de Down no son las mismas que las de los sujetos que no lo sufren.
- La duración del duelo será diferente dependiendo de si la persona tiene Síndrome de Down o no.
- Las personas con Síndrome de Down tendrán mayor dificultad a la hora de manifestar sus emociones ante una etapa de duelo.
- Las personas con Síndrome de Down tendrán mayores dificultades a la hora de retomar sus actividades laborales.

MÉTODO

Participantes

Para realizar este estudio se recogerá una muestra de 60 personas que han sufrido la pérdida de un familiar cercano (padre o madre). Se escogerán 30 personas que padezcan Síndrome de Down y otras 30 personas que no sufren este síndrome; en ambos grupos habrá tanto hombres como mujeres pero formando un grupo lo más homogéneo posible. Para que el estudio sea viable se seleccionarán los participantes que vivan en la provincia de Alicante.

Las personas con Síndrome de Down se escogerán de asociaciones especializadas

como la Asociación alicantina Síndrome de Down, Aspanias, Asmibe o Apadis. El resto de participantes se elegirán de tanatorios, hospitales y grupos de ayuda frente al duelo. Para obtener información y realizar los cuestionarios habrán transcurrido 6 meses después de la muerte del familiar.

Otro criterio de inclusión es que todos los participantes tengan entre 25 y 45 años y como condición se exigirá que tengan trabajo y un nivel mínimo de estudios similar al de secundaria, lo que asegura la capacidad de lectura y escritura para comprender y completar los cuestionarios.

Variables e instrumentos

- Síndrome de Down. En el estudio la mitad de los participantes tendrán Síndrome de Down, el otro grupo pertenece a población normal.

- Etapas del duelo. Hace referencia a las diferentes fases que atraviesa cada sujeto durante el duelo. El duelo se manifiesta en cinco fases: Negación, enfado, negociación, dolor emocional y aceptación.

El instrumento utilizado para reconocer la fase del duelo en la que se encuentra el sujeto la determinaremos a través del autoinforme realizado en el estudio de Ávila y Rubia “significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Küler-ross mediante las redes semánticas naturales” (2013). La escala quedó conformada por 67 ítems y cinco dimensiones, una para cada fase del duelo. La fase de negación de la enfermedad quedó conformada por 16 ítems, la fase de ira por 12 ítems, la fase de negociación por 12 ítems, la fase de depresión por 12 ítems y la fase de aceptación de la enfermedad por 15 ítems. El formato de valoración para cada ítem está construido con 3 puntos: 1 = no es adecuado, 2 = sí, pero con cambios, y 3 = sí, es adecuado. Se dejaba un espacio en blanco para que señalaran qué cambios consideraban pertinentes en caso de marcar la opción 2.

- Duración del duelo: Tiempo que transcurre hasta que el sujeto supera el duelo.
- Expresión de las emociones: Forma en que los individuos muestran sus emociones y pensamientos internos (alegría, llanto o enfado).

Tanto la duración del duelo como la expresión de las emociones serán medidos a partir del inventario ITRD (Inventario Texas revisado del Duelo) consta de 21 ítems con 5 categorías de respuesta (tipo Likert) desde «completamente verdadera» (5 puntos) hasta «completamente falso» (1 punto), es autoadministrado y se rellena aproximadamente en 10 min. Para su evaluación se suman las puntuaciones de cada

ítem y se calculan los totales de cada una de las 2 partes del cuestionario: la parte I, de 8 ítems y 40 de puntuación máxima, que explora la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos inmediatos al fallecimiento; y la parte II, de 13 ítems y 65 de puntuación máxima, que explora los sentimientos actuales del doliente en relación con el fallecido.

- Rendimiento laboral: Grado de productividad del trabajo de los sujetos, entendida como nivel de distracción y asistencia al trabajo. El instrumento utilizado en este caso se realizará a través de un informe proporcionado por los compañeros del ámbito laboral.

- Variables extrañas: son aquellos factores que no se podrán medir, para controlarlas se formará un grupo lo más homogéneo posible seleccionando un número similar de hombres y mujeres en cada uno de los grupos. En cuanto a la variable edad los participantes deben tener entre 25 y 45 años.

- Procedimiento

Para realizar este estudio se contactará con asociaciones para personas con Síndrome de Down como Aspanias o la Asociación Alicantina Síndrome de Down, de aquí se extraerá la muestra de personas que han sufrido la pérdida de un familiar cercano y padecen Síndrome de Down; por otra parte se acudirá a hospitales y tanatorios para obtener la muestra de personas sanas que hayan sufrido una pérdida importante. Estas personas deben cumplir con los requisitos de ser adultos y de tener trabajo para poder llevar a cabo todas las partes de la investigación.

Se pedirá un consentimiento a la persona afectada a la que se le propondrá participar en una investigación para estudiar el duelo, garantizando siempre la confidencialidad de los resultados que se obtengan y comprendiendo la vulnerabilidad de estos sujetos en esos momentos, de esta manera se tratará de pedir la información de la forma menos dolorosa posible e informando en todo momento del objetivo de las preguntas y cuestionarios.

Para obtener los datos acerca de las fases del duelo y de la duración del mismo se realizarán entrevistas, cuestionarios e informes a todos los participantes. En relación al estudio de la expresión de las emociones y del rendimiento laboral tras el duelo se contactará con familiares y con compañeros de trabajo.

Tipo de diseño y estudio

Este estudio se puede definir como un diseño correlacional puesto que se

compara la relación que tiene una variable sobre la otra. En este caso, la relación que tiene la presencia de Síndrome de Down en la fase de duelo. Además se trata de un estudio transversal, debido a que se medirán una serie de variables en un momento concreto, es decir, sólo se medirán una única vez y no a lo largo de un período de tiempo.

Por último mencionar que se trataría de un estudio de campo ya que el cuestionario se realizaría en sus propios hogares con el fin de proporcionar más intimidad debido a la vulnerabilidad emocional de los participantes alterando así lo menos posible el ambiente y las variables.

Análisis de los datos

Una vez terminados y recogidos todos los cuestionarios que se hayan repartido a los participantes de la muestra, se pasará a la introducción de los datos en el programa SPSS, el cual, se utilizará para la investigación. Tras esto, se llevará a cabo un análisis de los datos, obteniendo así los estadísticos descriptivos necesarios, como la media, la moda, la varianza, etc. Éstos se recogerán en las tablas de frecuencia correspondientes para facilitar la interpretación de los resultados, centrándose en la correlación de Pearson entre las distintas variables. Utilizando la T de Student se analizarán las diferencias, empleando con ello un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

En base a las hipótesis planteadas anteriormente, se podrá considerar que la presencia del Síndrome de Down influirá en las diferentes variables analizadas.

En primer lugar se esperará que las etapas que atraviesa un paciente con Síndrome de Down no sean las mismas que las de los sujetos que no lo sufren, ya que este síndrome se caracteriza por presentar un cierto grado de déficit cognitivo.

En relación a la duración del duelo se ha considerado que dependerá tener el síndrome o no, ya que las personas con Síndrome de Down pueden tardar días o incluso semanas en comprender lo que conlleva la muerte, de esta manera es normal que comiencen a sufrir el proceso de duelo cuando los otros familiares ya lo han comenzado a superar. Esta situación se puede solucionar presentando la información de un modo diferente para que lleguen a comprenderla.

En cuanto a la dificultad de las personas con Síndrome de Down a la hora de manifestar las emociones ante una etapa de duelo, será debido a que suelen presentar un círculo de amistades o relaciones limitadas que puede influir a la hora de encontrar ayudas extras para expresarse, ya que la familia se encontrará también en proceso de duelo y les será complicado atenderlos.

Por último, las personas con Síndrome de Down tendrán mayores dificultades a la hora de retomar sus actividades laborales, ya que para ellos las rutinas son muy importantes y estas se rompen tras la pérdida del ser querido.

REFERENCIAS

- Brickell, C. &. (2008). El duelo y sus complicaciones en las personas con discapacidad intelectual. *Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 25(97), 68-76.
- Clark, L. (2008). Cómo ayudar a una persona con síndrome de Down a afrontar la enfermedad terminal y la muerte de un ser querido. *Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 25(98), 126-131
- Curiel, J. D. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 111-119.
- Fernández, L. A. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 100-107.
- García, J. T. (2002). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 49(2), 249-265.
- Landa, V. P. (2005). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 253-258.
- Míaja, Á. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Revistas científicas complutenses: Psicooncología*, 10(1), 109-130.
- Neil K. Kaneshiro, M. D. (2013). *University of Maryland medical center*. Recuperado el Diciembre de 2015, de Síndrome de Down:
<http://umm.edu/Health/Medical/SpanishEncy/Articles/Sindrome-de-Down>
- Pérez, D. A. (2014). Síndrome de Down. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 45, 2357-2361.

Rodríguez, H. P. (2013). Orientaciones pedagógicas para el acompañamiento educativo por duelo a personas adultas con discapacidad intelectual. *Revista interuniversitaria*, 25(1),173-189.

RELACIÓN ENTRE TIPO DE VIOLENCIA Y ORIENTACIÓN SEXUAL

García Fraile, Andrea

Megías Cano, Sara

Molina Caro, Rebeca

Pardo Pardo, Carlos

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito determinar la relación existente entre el tipo de violencia, diferenciando entre física y psicológica, y la orientación sexual, es decir, homosexual o heterosexual, ya que la violencia en la pareja no es solo violencia de género, sino que también afecta a hombres y a parejas del mismo sexo. Para analizar esta relación se aplicará un cuestionario a 30 personas de cada sexo y orientación sexual de entre 20 y 50 años que hayan sido víctimas de violencia en la pareja para evaluar el tipo de violencia predominante según la orientación sexual.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica ocurre cuando una persona en una relación íntima trata de violar o controlar a su pareja (National Domestic Violence Hotline, 2013). Esta puede ser perpetrada por hombres y mujeres de cualquier edad y sucede en relaciones heterosexuales tanto como homosexuales (Help Guide, 2015). Cada año, más de 10 millones de mujeres y hombres son abusados físicamente por su pareja en los Estados Unidos. Además, el 15% de todos los crímenes violentos son crímenes de violencia entre parejas íntimas (Center for Disease Control and Prevention, 2015).

Como se ha comentado en el párrafo anterior, no sólo ocurre violencia entre parejas heterosexuales y mucho menos no solo agrede el hombre a la mujer. Entre homosexuales y de mujer a hombre también se pueden extraer datos que lo demuestran. De hecho, un estudio realizado por Cameron en 2003 demostró que la violencia doméstica se da más entre parejas homosexuales (4,6% de hombres y 5,8% de mujeres) que entre parejas heterosexuales casadas (0,24% de mujeres y 0,035% de hombres). Otro artículo (Nowinski y Bowen, 2012) estudia la diferente prevalencia de agresión entre parejas homosexuales masculinas (entre 1,8% y 93,7%) y parejas heterosexuales (de 0,2% a 93% en hombres, y entre 1,3% y 86% en mujeres), llegando a la conclusión de que la violencia en la pareja es tan grave hacia las mujeres como hacia los hombres. Según Rohrbaugh (2006), se da violencia física entre el 11% y 12% de parejas del mismo sexo, aproximadamente en la misma proporción que en las parejas heterosexuales, aunque afirma que la violencia en relaciones homosexuales es más leve comparada con la violencia en relaciones heterosexuales. Además señala que en la pareja homosexual existe en ocasiones el temor a que el agresor exponga públicamente su orientación sexual. Según Burke y Follingstad (1999) las tasas de prevalencia de abuso de parejas homosexuales son altas y muestran muchas similitudes con los identificados en incidentes de abuso de pareja heterosexual. Un artículo (Brand y Kidd, 1986) afirma que la violencia física se da en más ocasiones en parejas heterosexuales que en parejas homosexuales femeninas, y que la violencia física es más común de hombre a mujer que viceversa. Según Merrill y Wolfe (2000) el 18% de los hombres y el 40% de mujeres homosexuales habían sido víctimas en la relación actual, mientras que el 24% y el 55% respectivamente lo habían sido en una relación pasada. El estudio realizado por Gardner (1989) demostró una puntuación media de incidencia de violencia del 38,51% para las parejas heterosexuales, del 39% para los hombres homosexuales y 40% para mujeres homosexuales. En un estudio realizado por Cuenca, Graña-Gómez y

Redondo (2015) en el que participaron 590 parejas, identificaron más comportamientos agresivos psicológicos en hombres y mujeres (80.7% y 81,4% respectivamente) que físicos (16,8% y 17,6%).

Según un informe del ministerio de sanidad y consumo (Fernández-Alonso, et al., 2003), en una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer (2000), con una muestra de 20.552 mujeres mayores de 18 años, afirman que el 12,4 % de las mujeres son víctimas de violencia doméstica. Esto significa que en España 2.090.767 mujeres sufren violencia doméstica. De ellas, 1.551.214 sufren violencia de género. Sin embargo, sólo la tercera parte de estas mujeres se consideran víctimas del maltrato. Estudios realizados recientemente por Reino Unido (Richardson et al., 2002) e Irlanda (Bradley, Smith, Long y O'Dowd, 2002), encuentran que el 41% y el 39 % de las mujeres estudiadas, había sufrido violencia física, y cifras más altas si nos referimos a violencia psicológica.

Tras la recopilación de información se podría decir que hay una gran divergencia de datos entre los estudios, esto se podría deber a la dificultad para admitir ser agredido por tu pareja, el tipo de violencia que estudia, si se mide violencia en un periodo determinado o durante toda la vida o el utilizar una muestra poco homogénea.

Se ha planteado este estudio de violencia entre parejas porque es de total actualidad e interesante para poder corroborar que no solo existe la violencia clásica de género, sino que además, hay casos de violencia entre parejas del mismo sexo y entre parejas heterosexuales en las que la víctima es el hombre. La existencia de esto, no trae de sorpresa y se comenzó la búsqueda de información con la idea preconcebida de que aunque no existan tantos datos, esta violencia está presente. Por tanto, se ha basado esta búsqueda en predecir y comprobar qué tipo de violencia es la más característica en cada orientación sexual o si no hay ninguna diferencia.

OBJETIVOS

Pregunta problema

¿Existe relación entre el tipo de violencia y la orientación sexual?

Objetivo general

Analizar la relación entre el tipo de violencia y la orientación sexual.

Objetivos específicos

Analizar los tipos de violencia más frecuentes de hombres a mujeres

Analizar los tipos de violencia más frecuentes de mujeres a hombres

Analizar los tipos de violencia más frecuentes de hombres a hombres

Analizar los tipos de violencia más frecuentes de mujeres a mujeres

Hipótesis

El tipo de violencia más frecuente de hombres a mujeres será físico.

El tipo de violencia más frecuente de mujeres a hombres será psicológico.

El tipo de violencia más frecuente de hombres a hombres será físico.

El tipo de violencia más frecuente de mujeres a mujeres será psicológico.

MÉTODO

Participantes

Los participantes serán 120 personas que hayan presentado una denuncia a su pareja por una agresión y cuya edad esté comprendida entre 20 y 50 años.

Además, se buscará que sea una muestra homogénea en cuanto al sexo y a la orientación sexual, es decir, se buscarán 30 mujeres homosexuales, 30 heterosexuales, 30 hombres homosexuales y 30 heterosexuales.

Variables e instrumentos

-Género: Se entiende por género el ser hombre o mujer

-Orientación sexual: Se entiende por orientación sexual, la atracción sexual, erótica y emocional hacia un determinado grupo de personas definidas por su género: heterosexual, homosexual o bisexual

-Tipo de violencia:

-Violencia física: Uso de fuerza física que ocasiona dolor o daño corporal a la víctima. Por ejemplo; los puñetazos, empujones y un largo etc.

-Violencia psicológica : ocurre cuando una persona está expuesta a cualquier tipo de comportamiento que provoca algún trauma psicológico. Este tipo de abuso incluye entre

otras muchas cosas la humillación, un control sobre la víctima, aislamiento social, ignorar o menospreciar las necesidades de la pareja, y causar daño o destruir propiedades.

El instrumento será el cuestionario para violencia de género en adolescentes (García-Sedeño y García-Tejera, 2013), pero se usará en general para todas las edades y para todos los tipos de violencia entre parejas. Este cuestionario cuenta con 21 ítems puntuados de 1 a 6, donde 1 quiere decir nada/nunca y 6 mucho/siempre. Mide violencia psicológica desde el ítem 1 al 17 y física desde el 18 al 21. Además, de este cuestionario se añadirán dos ítems que miden el sexo y la orientación sexual.

Para evitar variables extrañas se buscará una muestra lo más homogénea posible en cuanto a sexo, orientación sexual y edad.

Procedimiento

Para acceder a los participantes, se asistirá al juzgado y preguntará a personas que vayan a poner una denuncia por violencia a su pareja si quieren participar en el estudio, una vez que contesten afirmativamente, se les explicará que es totalmente anónimo y se les facilitará el cuestionario (García-Sedeño y García-Tejera, 2013) para que lo rellenen en un máximo de media hora,. Se entregará a personas con pareja de distinta orientación sexual de entre 20 y 50 años. Se realizará en el mismo despacho donde estén poniendo la denuncia. Además, se encontrarán solos, para que nadie sepa que está contestando,

Tipo de diseño y estudio

El estudio elaborado se trata de un estudio de campo y se puede enmarcar en el contexto de un diseño correlacional, debido a que el propósito es el de obtener una sencilla relación entre las distintas variables que lo componen.

Además se trata de un tipo de estudio transversal, ya que se obtendrán los datos mediante una única medida y no precisa de un seguimiento en la vida de los sujetos. Para ello se utilizará un cuestionario.

Análisis de los datos

Los datos recogidos, posteriormente se introducirán en el SPSS 20.0, que permite elaborar una base de datos y a partir del cual se llevará a cabo un análisis de los datos, obteniendo así los estadísticos descriptivos necesarios, como la media, la moda, la varianza. Finalmente, se obtendrá un contraste de hipótesis utilizando el estadístico T-student y el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS ESPERABLES

En base a los datos obtenidos, los resultados son los siguientes:

El tipo de violencia más frecuente de hombre a mujer será físico, esto podría deberse a la mayor facilidad para perpetrar este tipo de violencia por parte del hombre, ya que en la mayoría de parejas heterosexuales, el hombre suele tener más fuerza física que la mujer.

En cuanto a la violencia de mujer a hombre, es más probable que se de violencia psicológica, ya que es más fácil de llevar a cabo debido a que es un tipo de violencia difícil de detectar por el agredido y porque para una mujer es más difícil agredir físicamente debido a que la mayoría de veces tiene menos fuerza física que su pareja.

Los resultados del estudio afirman que el tipo de violencia más frecuente en parejas homosexuales masculinas es el físico, debido a que, por naturaleza, los hombres tienden más a utilizar la violencia física que la psicológica.

Por último, en parejas homosexuales femeninas se ha encontrado que el tipo de violencia más frecuente es el psicológico, ya que las mujeres por naturaleza no se caracterizan por ser agresivas, y por tanto tienden a utilizar menos la fuerza.

Por tanto, se confirma que existen diferencias en el tipo de violencia entre parejas de diferente orientación sexual, pero la incidencia de violencia es muy parecida en todos los tipos de parejas, por tanto, deberían existir ayudas para cualquier persona que sufra violencia en la pareja, no solo para la violencia de género.

Con los resultados de este estudio se pretende mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a víctimas de violencia íntima en pareja, independientemente de la orientación sexual y el tipo de violencia en pareja.

REFERENCIAS

- Bradley, F., Smith, M., Long, J., O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: Cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 271.
- Brand, PA., Kidd, AH., (1986). Frequency of Physical Aggression in Heterosexual and Female Homosexual Dyads. *Psychological Reports*, 59, 1307-1313.
- Burke, L. K., and Follingstad, D. R., (1999). Violence in Lesbian and Gay Relationships: Theory, Prevalence, and Correlational Factors. *Clinical Psychology Review*, 19, 487-512.

- Cameron, P., (2003) Domestic violence among homosexual partners. *Psychological Reports*, 93, 410-416.
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*.
- Cuenca, ML., Graña-Gómez, JL., y Redondo, N., (2015). Diferencias en las prevalencias de agresión en la pareja según la 'Escala de Tácticas para el Conflicto Revisada': informe individual y diádico. *Psicología Conductual*, 23, 127-140.
- Fernández-Alonso, MC., Herrero-Velázquez, S., Buitrago-Ramírez, F., Ciurana-Misol, R., Chocron-Bentata, L., García-Campayo, J., Montón-Franco, C., Redondo-Granado, MJ., Tizón-García, JL., (2003) *Violencia doméstica*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.
- García-Sedeño, M. y García-Tejera, M. C. (2013). Estimación de la Validez de Contenido en una Escala de Valoración del Grado de Violencia de Género Soportado en Adolescentes. *Acción Psicológica*, 10, 41-58.
- Gardner, R. (1988). Method of Conflict Resolution and Characteristics of Abuse and Victimization in Heterosexual, Lesbian and Gay Male Couples. (Doctoral dissertation, University of Georgia) *Dissertation Abstracts International*, 50, 746B.
- Help Guide (2015). *Domestic Violence and Abuse*.
- Instituto de la Mujer, (2000). *La violencia contra las mujeres*. Madrid.
- Merril, GS. y Wolfe, VA., (2000), Battered gay men: An exploration of abuse, help seeking, and why they stay. *Journal of Homosexuality*, 39, 1-30.
- National Domestic Violence Hotline (2013). *Saving Lives, Giving Hope*.
- Nowinski, SN. y Bowen, E. (2012) Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 36-52.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W., Moorey, S. and Feder, G., (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 324, 274.
- Rohrbaugh, JB., (2006) Domestic violence in same-gender relationships. *Family Court Review*, 44, 287-299.