

***REVISTA DE FUNDAMENTOS DE  
PSICOLOGÍA***  
**Volumen 2, Número 1**  
**2010**



<b>Influencia de los videojuegos en las habilidades cognitivas</b>	
<i>Ainhoa Coloma Carmona</i>	<b>5</b>
<b>Estudio de un nuevo método interactivo de comunicación para pacientes con Síndrome de Rett</b>	
<i>Raquel Navarro Sánchez, Patricia Peña Casquero, Miriam Rodríguez Menchón y Caterina Pericacho Martínez</i>	<b>17</b>
<b>Influencia de los trastornos psicológicos y las situaciones traumáticas en la decisión de estudiar Psicología</b>	
<i>Laura Carrasco Rico y Sandra Alonso Zornoza</i>	<b>27</b>
<b>Cómo afecta la narcolepsia a la vida de una persona</b>	
<i>María Arena y, Vanesa Amat</i>	<b>35</b>
<b>Efectos de la abstinencia de cafeína en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas</b>	
<i>Andrea Grau Peñas, Antonio José Lozano Bañón y Javier Manchón López</i>	<b>45</b>
<b>¿Cómo influye el grado de información en pacientes esquizofrénicos para su adherencia al tratamiento?</b>	
<i>Lucía Asensi Abad, Ángel Cerdán Caparrós y Yamal Nieto Robles</i>	<b>55</b>
<b>Relación entre determinados factores psicológicos y la compra compulsiva</b>	
<i>Almudena Sánchez García, Blanca Tornero Albertos y Carmen Sáez Escudero</i>	<b>65</b>
<b>Influencia de los factores psicológicos en el sobrepeso</b>	
<i>Laura Molina Quinto, Esther Martínez Ruiz, José Antonio Marco Juan y Cynthia Moreno Lucendo</i>	<b>73</b>

<b>Somnolencia en las aulas</b> <i>María Mas Vidal, Carlos López Argüello, Elena Misó Gilabert y Elena Pérez Montoyo</i>	<b>83</b>
<b>Relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales</b> <i>Raquel Sánchez Fenoll, Elsa Correas Juan y Luis Soria Deltell</i>	<b>91</b>
<b>Automedicación y estrés en médicos internos residentes</b> <i>Alba Barberá Muñoz, Anisha Lakshmi Benavent Rodríguez, Sara Blázquez Aparicio y Sabrina Díaz Font</i>	<b>99</b>
<b>Determinantes en el paso de jugador social a jugador patológico en máquinas tragaperras</b> <i>Iván Fernández Martínez y Pedro Abel González Sempere</i>	<b>107</b>
<b>Influencia de las actividades extraescolares en el nivel de estrés de los niños</b> <i>María Faber Rodríguez, Emilia Mellinas Mellinas y Leticia García Ferrero</i>	<b>115</b>
<b>Factores que propician la hipocondría</b> <i>Carmen Tamara Rocamora Huesca y Aida Navas Giménez</i>	<b>123</b>
<b>El síndrome de Gilles de la Tourette en el ámbito de las nuevas tecnologías</b> <i>Almudena Andreu Cerdá, Elizabeth Cañas Pardo y Úrsula Martínez Quiralte</i>	<b>133</b>

## **Influencia de los videojuegos en las habilidades cognitivas**

---

**Ainhoa Coloma Carmona**

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es demostrar si el uso de los videojuegos influye en la memoria, la atención y el razonamiento abstracto. Para ello se someterá a sujetos, previamente divididos en dos grupos (los que juegan habitualmente a videojuegos y los que no), a dos situaciones experimentales diferentes: visionado de televisión y uso de videojuegos. Los participantes serán evaluados previa y posteriormente al experimento para así contrastar los resultados obtenidos en los tests que se les realice. Los resultados pretenden demostrar la existencia de una influencia positiva en las habilidades cognitivas citadas anteriormente.

## INTRODUCCIÓN

Desde siempre el hombre se ha definido en constante cambio y evolución. Estas transformaciones, aplicables a cada ser humano, se han visto reflejadas en la sociedad y mientras hace unos años era impensable hablar de una sociedad informatizada y electrónica, hoy por hoy nos encontramos ante la inevitable situación de adaptarnos a ella.

Estos avances informáticos han supuesto la mecanización de muchas labores que hasta entonces eran propias del hombre dando lugar a una disminución del tiempo de trabajo y, como consecuencia de ello, a un aumento significativo del tiempo libre del individuo.

La industria, conocedora de que el ocio ha pasado a ser una de las cuestiones más importantes y significativas de la vida del ser humano ha puesto a disposición del individuo sus últimos avances y sus mejores creaciones, como por ejemplo la televisión y los videojuegos.

La Real Academia Española define al videojuego como un “dispositivo electrónico que permite, mediante mandos apropiados, simular juegos en las pantallas de un televisor o de un ordenador”. Si bien hasta hace unos años era un privilegio de pocos y no se encontraba integrado en la sociedad, hoy en día podemos observar como los videojuegos comienzan a considerarse como una forma de ocio tan habitual como lo son la lectura, el cine o la música. Prueba de ello es que en 2009 de forma unánime todos los grupos políticos españoles votaron por el reconocimiento del videojuego como producto cultural, mostrando así su apoyo y promoción de la actividad desarrollada por estas industrias.

El uso de videojuegos como actividad meramente lúdica ha aumentado considerablemente y esto los ha convertido en objeto de muchos estudios acerca de sus ventajas, sus contraindicaciones y de sus repercusiones en la sociedad. En un estudio realizado por E. Vara Robles y otros autores (2009) se valoró el desarrollo intelectual según la exposición al abuso de pantallas como la televisión, el ordenador o los videojuegos. En dicho estudio se concluyó que un exceso de horas de pantallas repercutía negativamente sobre la salud infantil, pero no se pudo concretar si el bajo rendimiento académico era dado por la reducción de las horas de estudio, teniendo en cuenta que el niño dedica más tiempo a jugar que a estudiar, o porque repercutía directamente sobre las capacidades intelectuales del niño.

Las conclusiones de muchos de estos estudios han propiciado la aparición del temor a la adicción a los videojuegos, la crítica de que estos fomentan la violencia o el individualismo y la creencia, en definitiva, de que son más los inconvenientes de jugar a videojuegos que los beneficios que puedan aportar.

Por el contrario, también existen personas como Gómez del Castillo (2007) que defiende la infinidad de posibilidades didácticas que los videojuegos brindan. Otro ejemplo significativo es el planteamiento que Richard Dawkins, etólogo y teórico evolutivo británico realizó en una de las conferencias TED. En ella planteó la posibilidad de llegar a comprender la teoría cuántica si desde que fuéramos pequeños se nos mostrara a través de videojuegos cosas propias de esta teoría.

Alfageme (2003), por otro lado, señala que los videojuegos pueden potenciar algunos aspectos como la memorización de hechos, la comprensión lectora o la planificación de estrategias. Mientras que Marqués (2000), además, asocia cada tipo de juego con una serie de habilidades y capacidades de desarrollo de interés para el aprendizaje. Por ejemplo, afirma que los juegos de lucha pueden contribuir al desarrollo de la orientación espacial y el desarrollo psicomotor; los de estrategia y rol, a la reflexión de valores y los de puzzles y preguntas, entre otros, al razonamiento y a la lógica.

Sin embargo, como se puede comprobar en la mayoría de estas investigaciones, los estudios van encaminados hacia el análisis de las patologías o consecuencias que pueden aparecer con el uso inadecuado (o no) de los videojuegos. O, por ejemplo, sobre los beneficios que aportan estos mismos dispositivos pensados para buscar directamente la mejoría de las habilidades cognitivas o para su aplicación dentro del ámbito didáctico como una nueva manera de aprendizaje.

Pero lo cierto es que escasean los estudios que se centren en el análisis de las repercusiones beneficiosas que puedan tener determinados juegos que no hayan sido creados expresamente para la búsqueda de la mejora de las habilidades cognitivas de los adolescentes.

Por ello el presente estudio viene motivado de la necesidad de demostrar científicamente cuál de las dos diferentes formas de divertirse como lo son ver la televisión y jugar a videojuegos, sin la búsqueda directa de una mejora de la capacidad intelectual, presenta mayor grado de influencia en la atención, la memoria y el razonamiento abstracto.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

- ¿Influye el uso de videojuegos sobre las habilidades cognitivas de los adolescentes?

### *Objetivo general*

- Estudiar la influencia del uso de videojuegos sobre las habilidades cognitivas de los adolescentes.

### *Objetivos específicos*

- Estudiar si el uso de videojuegos influye sobre la atención.
- Estudiar si el uso de videojuegos influye sobre la memoria.
- Estudiar si el uso de videojuegos influye sobre el razonamiento abstracto.

### *Hipótesis*

- Los sujetos desarrollarán más la atención mediante el uso de videojuegos.
- Los sujetos desarrollarán más la memoria con el uso de videojuegos.
- Los sujetos desarrollarán más el razonamiento abstracto con el uso de videojuegos.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Debido a que el estudio está centrado en los adolescentes y a que se precisa tanto de sujetos que jueguen habitualmente a videojuegos como a los que no, se realizará con sujetos masculinos, residentes en Alicante, cuyas edades estén comprendidas entre los 16 y 18 años. Para evitar posibles diferencias de género el estudio está dirigido exclusivamente a hombres, grupo que además es el que mayoritariamente usa estos dispositivos.

### **Variables**

Las variables que en este estudio van a ser utilizadas son:

- Variable dependiente: las *habilidades cognitivas (atención, memoria y razonamiento abstracto)*.
- Variables independientes: *uso de videojuegos y visionado de televisión*.

En el estudio observaremos a través de una situación experimental concreta el efecto que tienen las variables independientes (videojuegos y televisión) sobre la dependiente (habilidades cognitivas).



---

Las *habilidades cognitivas* en torno a las que va a centrarse este experimento son *atención, memoria y razonamiento abstracto*.

La *atención* es la habilidad cognitiva que se mide mediante los subtest de símbolos y dígitos y aritmética de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS).

La *memoria* es la habilidad cognitiva que se mide mediante el subtest de retención de dígitos de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS).

El *razonamiento abstracto* es la habilidad cognitiva que se mide mediante los subtest de comprensión y semejanzas de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS).

Por otro lado, la variable independiente *uso de videojuegos* hace referencia a jugar al videojuego GTA IV durante una hora de tiempo. Mientras que el *visionado de televisión* hace referencia a la visualización de una película con imágenes del videojuego GTA IV de una hora de duración.

Para evitar variables extrañas que puedan influir en la variable dependiente se establece dos criterios de exclusión: edad comprendida entre los 16 y 18 años y que los participantes sean exclusivamente hombres. Además, para evitar que el uso habitual de los videojuegos influya en los resultados finales del experimento y se saquen conclusiones falsas, los participantes serán divididos en dos grupos diferentes: aquellos que jueguen con asiduidad y aquellos que solo jueguen ocasionalmente. De este modo se podrá identificar si el hecho de que los participantes realicen un uso continuado de los videojuegos varía o no los resultados con respecto a las personas que no juegan habitualmente.

## **Instrumentos**

Antes de comenzar con la evaluación de los sujetos se llevará a cabo un proceso de selección y división en dos grupos: los que juegan habitualmente a videojuegos y los que no. Para ello se ha diseñado un cuestionario propio para esta investigación.

- *Cuestionario sobre el uso de videojuegos*. Tiene como objetivo recoger la información necesaria para poder dividir en dos grupos a los sujetos de la investigación. Consta de 8 items dónde el sujeto escogerá la respuesta que más se adecue a su realidad. (Anexo 1).

Como instrumento de evaluación de las diferentes habilidades cognitivas se va a hacer uso de diferentes subtests de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) construida para evaluar la inteligencia global de individuos entre los 16 y 64 años.

Para la medición de la atención del sujeto se utilizarán los siguientes subtests de la escala WAIS:

- *Subtest de símbolos y dígitos.* Prueba que forma parte de la escala de ejecución del test WAIS y que se utilizará para evaluar la capacidad de atención en una tarea que requiere de una mayor habilidad visomotora.
- *Subtest de aritmética.* Subtest de la parte de escala verbal que consta de 14 problemas que miden la concentración, la atención, la capacidad para el manejo de números y la capacidad para resolver problemas por medio de operaciones numéricas.

Posteriormente, para la medición de la memoria se utilizará el siguiente subtest:

- *Subtest de retención de dígitos.* Prueba de la parte de escala verbal que evalúa tanto la atención como la memoria inmediata del individuo.

Y por último, para la medición del razonamiento abstracto se aplicarán los que se mencionan a continuación:

- *Subtest de comprensión.* Prueba que forma parte de la escala verbal y que consta de 14 elementos que evalúan el juicio lógico y la creatividad del sujeto en la resolución de problemas.
- *Subtest de semejanzas.* Prueba que, también, forma parte de la escala verbal y que está formada por 13 ítems y que evalúan la capacidad de abstracción, la generalización del sujeto y su tipo de pensamiento, ya sea funcional, concreto o abstracto.

Además de los test citados anteriormente se va a precisar de dos dispositivos electrónicos para recrear las situaciones experimentales necesarias para la evaluación de la influencia.

- *Juego Grand Theft Auto IV (GTA IV).* Videojuego de acción y aventura que gracias a su ambiente abierto y un tipo de juego no lineal otorga al jugador de una gran libertad de movimientos ya que puede explorar y escoger cómo jugar. El núcleo del juego consiste en disparos de tercera persona y conducción de gran variedad de

vehículos diferentes. El videojuego a través de un argumento presenta al jugador desafíos que deberá de ir completando para que el juego se desarrolle.

- *Película del videojuego GTA IV*. Película de una hora de duración donde el participante visualizará los pequeños cortos que incluye el videojuego *GTA IV*, además de imágenes de cómo han jugado otros participantes al videojuego.

### **Procedimiento**

El presente estudio precisa de un grupo experimental bastante amplio ya que se va a llevar a cabo con dos grupos de sujetos: los que juegan habitualmente y los que no. Estos dos grupos se dividirán a su vez en otros dos grupos: los que jugarán al videojuego y los que verán el vídeo.

El acceso a la muestra se hará mediante la colocación de carteles informativos acerca del experimento en el colegio Maristas de Alicante y la búsqueda de voluntarios a través de charlas informativas en las aulas de 4º de la ESO, 1º y 2º de Bachillerato, ya que éstas son en su mayoría las que comprenden las edades entre los 16 y 18 años.

Cuando se alcance un número de participantes mayor de 120 se procederá, en primer lugar, al pase del *cuestionario sobre el uso de videojuegos*. Con este cuestionario se pretende dividir a los voluntarios en dos grupos: los que juegan a videojuegos con asiduidad y los que no; y además, de este modo se les asignará a cada uno de los participantes un número. Éste número será la identificación de cada uno de los sujetos para las siguientes pruebas experimentales.

El motivo de que sea un número mayor de 120 sujetos es que se precisa de una muestra homogénea, es decir, que haya el mismo número de sujetos en los que juegan que en los que no y probablemente sean excluidos algunos voluntarios para conseguir así nuestro propósito.

Antes de la entrega del cuestionario se recalcará que no existen preguntas que estén bien o mal, que es necesario que se responda con la mayor rapidez posible para evitar que el sujeto condicione su respuesta y, además, se les garantizará el anonimato de los resultados y la voluntariedad de su participación en el experimento.

Una vez recogidos los resultados, los sujetos que en el *cuestionario sobre los videojuegos* hayan contestado que juegan “muy a menudo” o “constantemente” a los videojuegos y que dedican a ello entre 11-20h o más de 20h serán agrupados en el grupo de los que *sí* juegan a los videojuegos, mientras que los restantes serán agrupados

en el de los que *no* juegan. Esta división tiene como fin contrastar si la mejora de las habilidades cognitivas se debe a un uso continuo y frecuente de los videojuegos o son mejoras visibles a corto plazo, sin que sea necesario un uso asiduo de ellos.

El experimento constará de tres sesiones: el análisis de las habilidades cognitivas previo al experimento, el experimento en sí y, finalmente, un nuevo análisis de las habilidades cognitivas tras el experimento.

Por lo tanto, una vez los sujetos se encuentren distribuidos en los dos grupos se llevará a cabo el análisis pre-experimental dónde se aplicarán los subtest de la escala WAIS a todos los sujetos de ambos grupos. Para evitar la contaminación de las respuestas aquellos que ya hayan pasado el test estarán en una sala diferente a la de aquellos que todavía no lo hayan realizado.

Las preguntas de los *subtest* de WAIS deberán realizarse conforme a lo descrito en el manual propio de la escala. En primer lugar, se le pasará al sujeto el *subtest de símbolos y dígitos* y, después, el *subtest de aritmética*. Tras finalizar la medición de la atención, se le realizará el *subtest de retención de dígitos*.

Una vez concluido este test, se iniciará la medición del razonamiento abstracto del sujeto. Para ello, en primer lugar, se realizará el *subtest de comprensión* y, después, el *subtest de semejanzas*.

Una vez hayan sido recabados todos los datos, se dará comienzo a la segunda parte: la fase experimental. Aquí los dos grupos serán divididos a su vez en otros dos grupos. Esta división corresponderá a los sujetos que jugarán al videojuego y a los que verán el vídeo y será realizada de forma aleatoria y por azar. Esta fase en concreto dura una semana, pero los participantes solo dedicaran al experimento una hora por cada día de la semana.

Los sujetos de la prueba en ningún momento sabrán qué están siendo divididos en grupos diferentes y tal y como se realizó anteriormente, los que ya hayan realizado la prueba no estarán en la misma sala que los que no la hayan hecho todavía.

Teniendo en cuenta la gran importancia que tiene en este tipo de estudio el escenario experimental, las salas dispuestas para la realización del experimento carecerán de cualquier decoración u objetos innecesarios, para evitar así que el sujeto se distraiga y no se centre en su labor. Las salas tendrán únicamente en su interior los dispositivos necesarios para la realización de la prueba y un asiento confortable para que el sujeto se sienta lo más relajado y cómodo posible, pues no hay que olvidar que se

están analizando las influencias de una actividad realizada para tener un tiempo de diversión sin la búsqueda concreta de una mejora intelectual.

Para la realización de la fase experimental se le pedirá al sujeto que entre en la sala habilitada para ello y que diga en voz alta su número de identificación. Si ha sido elegido para jugar al videojuego *GTA IV* se le entregará un dispositivo electrónico y se le explicará brevemente que debe jugar durante una hora al videojuego, además de los comandos o botones que deberá utilizar para poder hacerlo correctamente. Se le recalcará que no importa cuál sea la puntuación que consiga, puesto que eso no va a influir en lo que se está experimentando y que trate de jugar tal y como haría en su casa. Una vez haya concluido la hora se le indicará al sujeto que pare de jugar y que salga de la sala.

Si por el contrario el sujeto ha sido elegido para ver el vídeo se le hará entrar en una sala preparada con una televisión. Se le pedirá al sujeto que se identifique por su número y que durante media hora contemple las imágenes que aparecerán en pantalla. En las imágenes el sujeto contemplará una adaptación del videojuego al formato película en la que los personajes, escenarios y trama serán los mismos. Tras finalizar los 60 minutos se le indicará al sujeto que puede salir de la sala.

Después de que todos hayan sido sometidos a la fase experimental se volverá a repetir a cada uno de los sujetos los subtest de la Escala WAIS que se le aplicaron al principio del experimento. Una vez se determinen las puntuaciones de cada uno de los sujetos se realizará una comparación de las obtenidas antes de la situación experimental y las obtenidas después de ella.

### **Tipo de diseño y estudio**

El presente estudio se cataloga dentro de los denominados de diseño experimental. Esto se debe a que la finalidad de éste es contrastar unas determinadas hipótesis a través de simulación experimental.

En el estudio se hace uso de unas variables independientes como los *videojuegos* y la *televisión*, para analizar cuál de ellos tiene mayor influencia positiva en la variable dependiente *habilidades cognitivas* y las conclusiones se extraerán a través de la comparación de la medición de dichas *habilidades* antes y después de la manipulación de la variable independiente. Por este motivo los sujetos no se dividirán en grupo control y experimental, sino que todos los sujetos formará parte de este último grupo y

se tomarán dos medidas: antes y después de la situación experimental. Por ello nos hallamos, además, frente a un estudio longitudinal.

### **Análisis de los datos**

Una vez se considerase concluido el estudio se procedería al análisis de todos los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS. Esto nos serviría para codificar los datos y para clasificar de un modo detallado e informatizado todas las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas.

Además, apoyándonos en las gráficas y las tablas realizaríamos un análisis descriptivo de las variables y, en concreto, nos centraríamos en observar los posibles cambios que se hubiesen producido en la variable dependiente tras la aplicación del experimento.

El estudio de las medias de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto y la comparación, no sólo de las propias medidas del sujeto antes y después del experimento sino también de las diferencias existentes entre puntuaciones de diferentes sujetos, nos servirá para sacar conclusiones sobre nuestras hipótesis. Estas comparaciones se realizarán mediante la distribución T-Student, que es la normalmente utilizada cuando se tratan de muestras pequeñas. Se utilizará, además, un nivel de confianza del 95%.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Las conclusiones que se esperan extraer de este estudio son varias. En primer lugar se espera que los sujetos que jueguen al videojuego presenten una mejora, aún por leve que sea, de sus habilidades cognitivas tras una semana de experimento.

Teniendo en cuenta, además, que existen estudios que afirman que con el uso de videojuegos se activan más áreas del cerebro que viendo la televisión, se espera también que la mejora de las habilidades cognitivas sea mayor en aquellos sujetos que jugaron con el videojuego que los que vieron la televisión.

El análisis de las puntuaciones será extenso, pues no sólo se compararán las puntuaciones obtenidas en las dos medidas del sujeto sino también las puntuaciones del sujeto con las de otro sujeto de su mismo grupo, por ejemplo, jugadores habituales o con las del grupo contrario, jugadores no habituales. De estos análisis se esperan obtener conclusiones como que aquellos que no juegan habitualmente verán en sus

resultados una mejora más llamativa de las habilidades que aquellos que si lo hacen. Esto probablemente se deba a que aquellos que juegan habitualmente ya hayan experimentado mejorías en sus habilidades debido al uso asiduo de los videojuegos y por tanto a lo largo de una semana de experimento la mejoría no sea tan notable como en aquellos que no practican habitualmente.

## REFERENCIAS

- Alfageme, B., y Sánchez, P. (2002). Un instrumento para evaluar el uso y las actitudes hacia los videojuegos. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 20, 17-32.
- ADESE. Los videojuegos: cultura en España. 2009. Disponible en: <http://www.adese.es>
- Dawkins, R. (2005). *Queerer than we can suppose: the strangeness of science*. Trabajo presentado en la TEDGlobal 2005, Julio, Oxford.
- Gómez del Castillo, M. (2007). Videojuegos y transmisión de valores. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43 (6), 1-10.
- PANGEA. Los videojuegos: las claves del éxito. 2001. Disponible en: <http://peremarques.pangea.org/videojue.htm>
- Vara Robles, E., Pons Grau, R., Lajara Latorre, F., Molina, S. M., Villarejo Romera, V. y Planas Sanz, E. (2009). Impacto del abuso de pantallas sobre el desarrollo mental. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11, 413-423.
- Wechsler, D. (1995). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS)*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.





## **Estudio de un nuevo método interactivo de comunicación para pacientes con Síndrome de Rett**

---

**Raquel Navarro Sánchez**  
**Patricia Peña Casquero**  
**Miriam Rodríguez Menchón**  
**Caterina Pericacho Martínez**

### **RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo poner a prueba un nuevo método que posibilite una comunicación básica entre pacientes con Síndrome de Rett y las personas de su entorno. Esto fortalecerá las relaciones emocionales entre el paciente y su familia, ya que las relaciones sociales y la comunicación son uno de los factores más importantes para la especie humana e imprescindibles para satisfacer las necesidades humanas del individuo. Ante la dificultad que supone para dichos pacientes alcanzar estos objetivos se propone el diseño de un panel de comunicación, el cual emita sonidos concretos que notifiquen distintas necesidades de la vida diaria. Finalmente se analizará de manera intensiva la eficacia de cuatro modelos de paneles propuestos registrando la mayor cantidad de datos posibles para justificar la viabilidad del método.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan básicamente por deficiencias graves en habilidades cognitivas, principalmente retrasos o disfunciones en el desarrollo del lenguaje, en la adquisición de habilidades sociales y de comunicación y por comportamientos estereotipados y repetitivos. (Lledó Carreres, A., Fernandez Marco, M.C., Grau Company, S., 2006).

El Autismo forma parte de este tipo de síndromes degenerativos del desarrollo biopsicosocial. Los síntomas pueden aparecer a distintas edades pero suelen empezar a detectarse progresivamente durante los 3 primeros años de vida del sujeto. A su vez dentro del espectro del autismo se pueden diferenciar cinco tipos de Síndromes, el síndrome de Kanner o Autismo clásico, Síndrome de Asperger, Trastorno desintegrativo de la infancia, Trastorno generalizado del desarrollo no especificado y Síndrome de Rett.

En el presente estudio, nos centraremos en pacientes diagnosticados con Síndrome de Rett. Este trastorno en concreto fue descubierto por el Dr. Andreas Rett en 1966 y se caracteriza, por derivar de concentraciones de líquido encéfalo raquídeo bajas o indetectables, junto con una disfunción intensa de la segunda neurona motora y de los ganglios basales. El único factor constante de la enfermedad son las mutaciones espontáneas relacionadas con el gen MECP2 (Jerry M., 2006), estando presentes en el 70% de los casos (E. Geán, 2003). Aún así, es un Síndrome propio de las mujeres que provoca microcefalia a partir del 5º mes de vida. Estas disfunciones biológicas se traducen en varios tipos de disfunciones motoras y cognitivas, como por ejemplo, ataques epilépticos, convulsiones, movimientos estereotipados y ausencia de motricidad fina entre otras. Dentro de las enfermedades catalogadas por raras, su índice es de 1: 10.000 (Sarason y Sarason, 2006) y hay detectados 2.000 casos en todo el mundo.

En cuanto al tratamiento de las enfermedades raras, es muy difícil encontrar estudios validados debido a la falta de recogida de datos (Pérez y Williams, 2005). Uno de los pocos estudios fiables publicado en 2005, es el de Luis Antonio Pérez-González y Gladis Williams en el cual se utiliza un método de estudio basado en la elaboración de un currículo personalizado donde aparece el objetivo, las habilidades que posee de antemano el paciente y las que se pretenden enseñar. El estudio se realizó de forma intensiva, dedicando 40 horas de terapia a la semana, esto demostró una eficacia mayor que en estudios anteriores con una dedicación menor de tiempo. En nuestro estudio

---

seguiremos estas directrices anotando el tiempo dedicado a cada ejercicio, las sesiones necesarias para el aprendizaje de una habilidad en concreto, las habilidades previas al estudio, la edad y el estadio de la enfermedad entre otros (*Ver anexo*).

Otros estudios han demostrado, a través de la musicoterapia (Elefant, 1995), que las personas que padecen este síndrome muestran intencionalidad ante la oportunidad de hacer elecciones y una importante capacidad a la hora de aprender aptitudes. En este estudio también se investigaron la respuesta emocional, la vocalización, las preferencias de canciones y la dinámica entre la paciente y el terapeuta.

El Síndrome de Rett evoluciona en cuatro etapas o estadios que afectan al estado físico y capacidad de los pacientes. La etapa I, llamada *inicio prematuro*, se da entre los 6 y 18 meses, y puede durar algo más de un año. Suele presentar retrasos en las capacidades motoras además de otros síntomas como microcefalia o un menor contacto visual entre otros, aunque en múltiples ocasiones son pasados por alto. La etapa II, o la *etapa de destrucción acelerada*, suele comenzar entre la edad de 1 y 4 años y dura semanas o meses. Aquí, la enfermedad evoluciona de forma rápida o gradual a medida que se van perdiendo las capacidades motoras de las manos y el habla. Pueden ocurrir irregularidades en la respiración junto con la pérdida de la interacción social y de la comunicación, irritabilidad e irregularidades del sueño. Además el crecimiento retardado de la cabeza se nota generalmente durante esta etapa. La etapa III, también llamada *etapa de estabilización o etapa pseudo-estacionaria*, comienza entre los 2 y los 10 años y suele durar bastante. En ella los problemas motores y las convulsiones son frecuentes pero pueden presentarse mejoras en el comportamiento, disminución en la irritabilidad y el llanto, muestra más interés en el medio que le rodea y se producen mejoras en su atención y capacidades de comunicación. La etapa IV, *etapa de deterioro motor tardío*, puede durar décadas y se caracteriza por una movilidad reducida junto con debilidad y rigidez muscular, espasticidad, distonía (aumento en el tono muscular con postura anormal de las extremidades o del tronco) y escoliosis. La capacidad de caminar podría perderse. Por lo general, no hay disminución en las capacidades cognitivas ni en la comunicación. Los movimientos repetitivos de las manos pueden disminuir y la capacidad de mirar fijamente generalmente mejora.

El principal objetivo de este estudio, es evaluar una herramienta indispensable para la comunicación de niñas con Síndrome de Rett, ya que es un aspecto muy importante que apenas ha sido estudiado. Se trata de una enfermedad que afecta a muy

pocas personas pero que requiere la investigación para hacer más llevadera la vida diaria de los enfermos, intentando facilitar la comunicación entre éstos y sus familiares.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Pueden los pacientes con Síndrome de Rett establecer relaciones entre las palabras emitidas por un panel de control y sus necesidades para comunicarse?

### *Objetivo del estudio*

Establecer un método de comunicación, basado en un panel de control con imágenes que emita la palabra correspondiente a dicha imagen, orientado a las personas que padecen Síndrome de Rett, para posibilitar la acción de comunicarse sobre todo con familiares cercanos que interactúan con ellos en su vida cotidiana.

### *Objetivos específicos*

- Diseñar una herramienta que sea útil para la comunicación de niños con el Síndrome de Rett y demostrar su viabilidad.
- Que el sujeto pueda desenvolverse fácilmente con la herramienta de comunicación que se le facilita para satisfacer sus necesidades básicas.
- Facilitar el entendimiento y la interacción entre ellos y sus familiares.
- Que dicha interacción no se pierda una vez que la investigación haya terminado.
- Evitar la frustración provocada por las incapacidades físicas y cognitivas, en cuanto a la comunicación.

### *Hipótesis*

- El panel más viable será el que emite la voz desconocida ya que la identificará como suya.
- Las relaciones entre pacientes y familiares allegados se verán fortalecidas.
- Estas relaciones no se perderán una vez terminada la investigación.
- La frustración de los pacientes en cuanto a la comunicación dejará de suponer un problema.

## MÉTODO

### Participantes

Cuatro niñas españolas de entre 6 y 16 años que hayan sido diagnosticadas clínicamente con Síndrome de Rett mediante las orientaciones establecidas por el “Grupo de Trabajo sobre Criterios para el Diagnóstico del Síndrome de Rett” (1997).

Los padres o familiares cercanos se incorporarán como participantes íntegros en la investigación junto con los investigadores que les supervisarán.

### Variables

Las variables dependientes del estudio serán el nivel de comunicación que puede alcanzar un paciente con Síndrome de Rett, por medio de un tipo de panel comunicativo en concreto, y la viabilidad de éste.

*Viabilidad del tipo de sonido emitido por el panel:* Variable cualitativa de tipo criterio ya que se buscará la relación entre el modelo de panel dependiendo del tipo (A, B, C o D) y las habilidades de comunicación adquiridas. El tipo de sonido será, respectivamente con el tipo de panel: sonido de la voz de la madre, sonido de una voz desconocida, sonido robotizado y distintos pitidos.

*Comunicación:* se medirá mediante el tiempo de reacción, las habilidades adquiridas y las emociones expresadas.

Se espera encontrar una relación lineal directa positiva entre las dos variables dependientes.

Cuanto más favorables sean las variables independientes descritas a continuación más viable será el uso de este método y del panel, además de demostrar un aumento en la mejora de la comunicación.

*Sesiones necesarias:* Es una variable cuantitativa discreta de rango libre, cuantas menos sesiones sean necesarias para que el sujeto obtenga una habilidad de comunicación con un pulsador en concreto, se considerará que más efectivo es el tipo de panel utilizado.

*Repeticiones:* Variable cuantitativa discreta de rango libre, cuantas menos repeticiones por sesión sean necesarias para que el sujeto adquiera una habilidad de comunicación con un pulsador en concreto, se considerará que más efectivo es el tipo de panel utilizado.

*Cantidad de botones que el paciente aprende a usar correctamente:* Variable cualitativa discreta. Cada pulsador que aprenda a utilizar se considerará una habilidad comunicativa adquirida.

*Grado de mejora respecto a las relaciones antes y después del tratamiento:* Variable cuantitativa discreta subjetiva. Se aplicará un test al familiar más implicado emocionalmente con el paciente en el cual se recogerá el grado subjetivo de relación entre ellos. Para ello se aplicará el test EBP (Escala de Bienestar Psicológico) de J. Sánchez Cánovas, que valúa el grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción, la comodidad consigo mismo en un periodo de su vida, satisfacción que puede proceder de distintas fuentes: bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y bienestar en las relaciones con su pareja. Esta prueba consta de 65 ítems y está segmentada en las cuatro subescalas antes indicadas.

### **Instrumentos**

Se utilizará un panel de control con sonido que presentará 7 pulsadores cuadrangulares de 6 cm<sup>2</sup> cada uno, teniendo en cuenta que los pacientes con Síndrome de Rett carecen de motricidad fina, con un símbolo y un color determinados.

El primer pulsador tendrá la palabra “SÍ” pintada de color verde oscuro en un fondo verde más claro, que emitirá el sonido de la palabra “sí”; el segundo emitirá el sonido de la palabra “AGUA”, con un dibujo de un vaso con agua de color azul más oscuro que el fondo pintado también de azul; el tercero emitirá la palabra “MAMÁ”, y tendrá esta pintada en rosa con un fondo rosa más claro, el cuarto emitirá el sonido “PAPÁ”, y dicha palabra estará escrita en color naranja con el fondo del mismo color en un tono más claro; el quinto siguiendo el mismo procedimiento representará el acto de jugar, constará de varias imágenes que representen sus momentos de ocio comunes, es decir, una pelota, una tarjeta de canción, etc. Lo más relevante de este pulsador será el color, amarillo las formas y amarillo más claro el fondo. Una vez que el paciente comunique que quiere jugar, el tutor, que conoce de antemano las posibilidades de juego del sujeto, deberá encargarse de proporcionarle el adecuado.

El sexto que representará comida, llevará un dibujo de un plato con una cuchara a un lado con un contorno grueso en color negro y el fondo blanco. Por último el séptimo pulsador llevará escrita la palabra “NO” en color rojo con un fondo más claro.

El estudio contará con cuatro modelos de paneles en función del tipo de sonido que emita cada uno de ellos. El primer panel al que denominaremos A, emitirá la voz de la madre del sujeto, grabada con anterioridad. El segundo panel, denominado B, reproducirá la voz de una persona desconocida para el paciente. El tercero, C, tendrá como sonido una voz robotizada, utilizando un programa multimedia. Finalmente, el panel D emitirá diferentes pitidos correspondientes con cada acción, similares a los de cualquier juguete interactivo infantil.

Tanto los colores como las palabras han sido seleccionados en función a nuestros códigos y costumbres. Si el tratamiento fuese ejecutado en otra comunidad o país, deberán llevarse a cabo los cambios oportunos en un nuevo modelo de panel.

En cuanto al nivel de frustración de los sujetos se medirá por medio de las anotaciones de los investigadores, las anotaciones de emociones observables positivas mostrarán un menos nivel de frustración y las negativas un nivel mayor.

Por otro lado se tomarán datos respecto al grado de comunicación entre los padres o tutores y los sujetos de forma subjetiva mediante un test autoaplicado, antes y después del estudio, donde se registrarán las mejoras que ha habido en cuanto a su comunicación e interacción.

Todas las variables excepto la última serán recogidas diariamente en una hoja de registro de datos. (*Ver Anexo*)

## **Procedimiento**

El procedimiento será llevado a cabo por los investigadores del estudio, un profesional o psicólogo especializado por cada sujeto, junto con los tutores legales del mismo. Para obtener la muestra determinada, los investigadores se pondrán en contacto con la asociación valenciana de Síndrome de Rett.

Los profesionales registrarán los tipos de conductas observables en el sujeto, el tiempo de reacción, las sesiones necesarias y las habilidades adquiridas.

Serán los padres o tutores quienes interactúen directamente con el respectivo paciente siguiendo las pautas establecidas por los investigadores, darán un panel a los pacientes y otro al profesional al cargo, el tutor llamará la atención del paciente (manteniendo la visión, acariciándole...), el profesional pulsará entonces el botón del agua y el tutor le proporcionará un vaso de agua del que beberá. Transcurrido un tiempo en el que el paciente se familiarice con el panel, será él quien ejecute la acción.

Cuatro investigadores, uno por cada caso, estarán presentes en todas las sesiones registrando los datos pertinentes en cuanto a tiempo de respuesta del sujeto, emociones observables y otras anotaciones. También participarán activamente en cuanto a la aplicación del método, considerando si se está aplicando correctamente o es necesario realizar algún cambio para una mejor participación y desarrollo del paciente.

Además, como seguimiento se volverá a pasar el EBP transcurrido un año desde la fecha de finalización del estudio.

### **Tipo de estudio y diseño**

El estudio es de tipo longitudinal, ya que se realizará un seguimiento con los mismos sujetos a lo largo del tiempo, y sigue un método pre-experimental que propone la evaluación científica de un nuevo método de comunicación requerido por los pacientes con síndrome de Rett.

### **Análisis de los datos**

En primer lugar para determinar cual ha sido el diseño de Panel Comunicativo más efectivo se calculará la media de repeticiones por sesión que han sido necesarias para que el sujeto aprenda a realizar una acción, por ejemplo, utilizar el botón del agua para pedir agua, y la media de sesiones realizadas que se han dedicado a que el sujeto aprenda una misma acción. Se espera que será necesario un número de sesiones determinado para que cada sujeto aprenda una habilidad en concreto debido a las distintas etapas de la enfermedad en las que se encuentra cada uno de ellos y que el aprendizaje no seguirá siempre un patrón si no cada sujeto tendrá un ritmo de aprendizaje fluctuante, no continuo ni posible de determinar. Con los resultados se observará cual de los cuatro paneles ha sido el más práctico

Por otro lado se deberá buscar una relación lineal directa entre las horas dedicadas y las habilidades obtenidas, la cual se espera que sea directa positiva. El nivel de dificultad que ha tenido el sujeto a la hora de aprender a utilizar un panel vendrá determinado por la media de las sesiones que le han sido necesarias junto con las anotaciones que realizará el investigador en la ficha personal como son las veces que el sujeto se distrae, entendiéndose por distraerse que deje de mantener el contacto visual con el familiar y el panel y tarde más de 30 segundos en volver a prestar atención a la actividad que está realizando, cuantas más anotaciones de este tipo se hayan registrado,



se considerará que más difícil ha sido para el sujeto adquirir dicha habilidad, y la herramienta utilizada no es adecuada para que pueda desenvolverse fácilmente.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

Se espera que al llevar a cabo la investigación los resultados muestren que el sujeto se sentirá desconcertado al escuchar el sonido que emite el panel A, al que le pertenece la voz de su madre, ya que la buscará sin éxito, y como respuesta, mostrará su frustración pateando y moviendo los brazos. Por otra parte, no emitirá ninguna respuesta cuando escuche la voz robotizada que proviene del panel C, dado que dicho sonido será muy estático y no le aportará ningún sentimiento agradable que lo motive para continuar con el aprendizaje de la comunicación. Sin embargo, al escuchar la voz desconocida procedente del panel B, le producirá cierto apego debido a que le resultará más agradable, y por ello la identificará como suya, teniendo más facilidad para seguir adelante con el aprendizaje. Por último, diremos que tendrá un aprendizaje mucho más lento y dificultoso escuchando los pitidos que emite el panel D, aunque en mayor o menor medida, el paciente podrá comunicarse. Al finalizar este experimento, las relaciones entre el paciente y sus familiares se verán muy fortalecidas, no perdiéndose éstas cuando termine la investigación, sino permaneciendo durante tiempo después.

Lo que antes era frustración debido a no poder comunicarse, ahora dejará de suponer un problema para los pacientes, aunque no aprenderán a vocalizar las palabras de las cuales han aprendido su significado. Finalmente, es necesario destacar que existen diferencias en el tiempo necesario para el aprendizaje de los pacientes en función de las edades y el estadio en el que éste se encuentre.

## **REFERENCIAS**

- Lledó Carreres, A., Fernandez Marco, M.C., Grau Company, S., (2006). *La detención y atención educativa en los trastornos generalizados del desarrollo: Autismo y Síndrome de Asperger*. Alicante: Imprenta Gamma.
- Wertsch, J. V. (1988). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós Ibérica (pag 11)

- Perez-Gonzalez, L., Williams G., (2005) Programa integral para la enseñanza de habilidades en niños con autismo. *Psicothema*, 17 (2), 233-244.
- Perez-Gonzalez, L., Williams G., Marilac-Madeira, J., Mendez-Suarez, S., (2005) Como enseñar a niños con autismo a hacer preguntas funcionalmente relevantes: Una réplica sistemática. *Psicothema*, 17 (4), 597-600.
- Sarason I., Sarason B., (2006). *Psicopatología. Psicología Anomal: El problema de la conducta inadaptada*. Pearsoneducación.
- Wiener M., (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson.
- Renieri A., Meloni I., Longo I., Ariani F., Mari F., Pescucci C., Cambi F. *Rett syndrome: the complex nature of a monogenic disease*. University of Sierna: Medical Genetics.
- “Intervención Educativa y Terapéutica en el Síndrome de Rett.(1995)”. Disponible en [www.rett.es](http://www.rett.es), a fecha 18 de Mayo de 2010.

## **Influencia de los trastornos psicológicos y las situaciones traumáticas en la decisión de estudiar Psicología**

---

**Laura Carrasco Rico**  
**Sandra Alonso Zornoza**

### **RESUMEN**

Mediante este estudio se buscó establecer una relación entre el hecho de cursar la carrera de Psicología y padecer o haber padecido el estudiante o alguien de su entorno un trastorno psicológico o una situación traumática.

Se utilizó una muestra de alrededor de 500 sujetos, constituida por los alumnos de 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de Psicología de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se realizó una única toma de datos mediante la aplicación de dos cuestionarios: un test elaborado específicamente para el estudio y el SCL-90R.

Los resultados obtenidos mostraron que un gran número de los sujetos había padecido una psicopatología o una situación traumática si no de forma personal, en su ambiente más próximo, lo que confirma la hipótesis planteada. Para la obtención de resultados extrapolables al resto de la población cabría repetir el estudio tomando muestras de mayor número en distintas localizaciones geográficas.

## INTRODUCCIÓN

Vocación, del latín *vocatio*, *vocationis* o acción de llamar. Definida por la RAE como inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión. Lo que nos lleva a cuestionar qué es esa inspiración, si realmente es una inspiración divina o viene determinada por las vivencias personales, ¿nuestro pasado rige nuestro futuro?

Strong (1943) observó que los miembros de una misma profesión se pueden distinguir perfectamente en base a sus intereses. Según su teoría éstos poseen personalidades semejantes, pues la elección de una profesión es expresión de toda la personalidad y la satisfacción en el trabajo, el rendimiento y la permanencia en una profesión dependen de la congruencia entre la personalidad y el medio ambiente en el que trabaja el individuo.

Según Gressot (1958), la elección de estudiar Psicología no puede reducirse a la cuestión de motivaciones racionales o idealistas ni a las aptitudes personales. La decisión involucra componentes egocéntricos e inconscientes que sólo se revelarían mediante un análisis exhaustivo. Para Gressot, el deseo de convertirse en un psicólogo responde a una cada vez más creciente necesidad de psicólogos en el entorno social. Los intereses científicos del psicólogo están encaminados hacia una mejor comprensión del hombre, algo en común con psiquiatras, sociólogos, antropólogos y educadores. Al pertenecer el psicólogo individuo a diferentes tipos caracterológicos, no existe un perfil estándar del futuro psicólogo. Sin embargo, el deseo de saber más acerca de otras personas de lo que la gente sabe acerca de sí misma, parece ser una aspiración común. El autor propone para los estudiantes de Psicología el estudio de sus propias motivaciones psicodinámicas para la elección de su profesión. Y es precisamente determinar algunas de estas motivaciones el fin de nuestra investigación.

Desde nuestro contexto, el de estudiantes de Psicología, nos planteamos la causa de que cada uno de nosotros se decantara por el estudio de esta ciencia, por conocer más y mejor el comportamiento y la mente humana. Lo que nos lleva a pensar qué elementos del pasado han influido en esta decisión, ¿puede que haber padecido algún trastorno psicológico o alguna experiencia traumática en primera persona o de forma vicaria influya en la decisión de estudiar Psicología? Tal vez, el estudiar dicha carrera sea un intento de comprender mejor los propios problemas o quizá el haber estado en contacto con una situación difícil, hace que nos sensibilicemos con la causa y

---

busquemos ayudar a quienes la padecen, como quién ha superado un cáncer y se involucra en la AECC.

La escasez de estudios sobre el tema nos ha llevado a realizar la siguiente investigación, la cual se basa en determinar hasta qué punto un trastorno psicológico o una experiencia traumática, vividos de forma personal o vicaria influye en el desarrollo de la personalidad o de la vocación del que la padece.

Según Belloch, Sandín y Ramos (1995) no existe ningún criterio que, por sí mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mentales como desviada, anormal y/o psicopatológica, pero podría definirse psicopatología como un obstáculo importante para el desarrollo individual de la persona que la padece o para su grupo social más cercano (Belloch e Ibáñez, 1992). Dicho de otra forma, las psicopatologías impiden lograr los niveles óptimos de desarrollo social, intelectual, afectivo y/o físico (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Belloch, Sandín y Ramos (1995) definen trauma como una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona cuya reacción experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

Cuando hablamos de experiencia vicaria nos referimos a la conducta o situación relacionada con una tercera persona cercana al sujeto que influye en mayor o menor medida en éste.

Decidimos emprender esta investigación debido a su interés no sólo para los estudiantes de Psicología sino para la comunidad científica en general y la escasez de material sobre el tema. Nuestra finalidad es la de abrir camino hacia futuras investigaciones sobre la motivación laboral y la huella que pueden dejar los problemas psicológicos en la personalidad.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Existe una relación entre sufrir o haber sufrido algún problema psicológico tanto en sí mismo como en su entorno y estudiar la carrera de Psicología?

### *Objetivo general*

Determinar si existe una relación entre sufrir o haber sufrido algún problema psicológico tanto en sí mismo como en su entorno y estudiar la carrera de Psicología.

### *Objetivos específicos*

- Determinar si el padecer o haber padecido el sujeto mismo un trastorno psicológico influye en su decisión de estudiar Psicología.
- Determinar si el padecer o haber padecido alguien del entorno del sujeto un trastorno psicológico influye en su decisión de estudiar Psicología.
- Determinar si el sufrir o haber sufrido una experiencia traumática influye en la decisión del sujeto de estudiar Psicología.
- Determinar si el sufrir o haber sufrido alguien cercano al sujeto una situación traumática influye en su decisión de estudiar Psicología.

### *Hipótesis*

- El padecer o haber padecido el sujeto mismo algún trastorno psicológico influirá en su decisión de estudiar Psicología.
- El padecer o haber padecido alguien del entorno del sujeto algún trastorno psicológico influirá en su decisión de estudiar Psicología.
- El sufrir o haber sufrido el sujeto una experiencia traumática influirá en su decisión de estudiar Psicología.
- El sufrir o haber sufrido alguien cercano al sujeto una situación traumática influirá en su decisión de estudiar Psicología.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

El estudio se realizará con los alumnos de 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de Psicología de la Universidad Miguel Hernández de Elche que se encuentren en clase en el momento de la medición. La muestra estará formada por unos 500 hombres y mujeres de entre 18 y 30 años de edad. Se procurará que la muestra sea lo más homogénea posible para evitar la influencia de variables extrañas.

## **Variables**

-Estudiar Psicología: definida en nuestro estudio como estar matriculado en la carrera de Psicología en la Universidad Miguel Hernández de Elche .

-Padecer un problema psicológico: Presentar el sujeto mismo o alguien de su entorno una psicopatología, como ansiedad , depresión o trastornos de la conducta alimentaria en el momento presente o en el pasado.

-Padecer una situación traumática : Sufrir el sujeto o alguien cercano una agresión física o una amenaza para la vida que le haya ocasionado una respuesta intensa de miedo , horror o indefensión en el momento actual o en el pasado ,tal como la muerte de uno de los progenitores , acoso escolar , una enfermedad grave...

Consideramos además, género y edad como variables extrañas que podrían influir en los resultados del estudio y que , por lo tanto, se procurarán controlar.

## **Instrumentos**

-SCL-90-R: se trata de un cuestionario autoadministrado de 90 síntomas empleado para medir y detectar psicopatologías, tales como ansiedad , depresión ,TOC... Es la adaptación española del SCL-90 o Symptom Check List de Derogatis (1976).Los ítems se evalúan en una escala de 0 a 4 , donde 0 es ausencia total y 4 máxima intensidad del síntoma.

-Un cuestionario elaborado específicamente para el estudio, autoaplicado , compuesto por cuatro ítems , dos para cada variable siendo éstas : padecer un trastorno psicológico y haber sufrido una experiencia traumática, tanto el sujeto mismo como alguien de su entorno en ambos casos .Cada ítem consta de dos opciones de respuesta: SI/NO.

## **Procedimiento**

Los cuestionarios serán aplicados por los propios creadores del estudio, durante un solo día en horario lectivo. Los test se aplicarán en grupo. Procederemos a pasar los cuestionarios en las aulas donde se imparte la carrera de Psicología, desde 1º hasta 5º curso. Antes de pasar los cuestionarios se pedirá permiso al personal docente y se recalcará que los datos de éstos son anónimos y confidenciales, que no hay respuestas correctas o incorrectas , el procedimiento a seguir para realizarlos , la importancia de la veracidad de las respuestas y el interés científico del estudio.

**Tipo de diseño y estudio**

El diseño de la investigación será de tipo correlacional, pues el propósito del estudio no es el de establecer causalidad entre las variables, sino simples relaciones entre las mismas. Se tratará de un estudio transversal, al obtener los datos mediante una sola medida. Para ello se utilizará el SCL-90 R y el cuestionario elaborado específicamente para tal fin, ambos autoaplicados.

**Análisis de los datos**

Una vez aplicados los cuestionarios, se procederá a codificar los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS. Se realizará un análisis descriptivo de la muestra, teniendo en cuenta media, desviación típica, además de un análisis correlacional mediante los coeficientes de correlación de Pearson y Brown, también se calculará el tamaño del efecto con un intervalo de confianza del 95 %.

**RESULTADOS ESPERABLES**

A pesar de la ausencia de bibliografía sobre el tema del estudio que permita predecir los posibles resultados de la investigación, nos aventuramos a esperar que los resultados en el caso de aplicarse el estudio confirmarían nuestras hipótesis, es decir, que el padecer o haber padecido algún problema psicológico tanto en sí mismo como en su entorno influye en la decisión de estudiar Psicología.

Aunque, al tratarse de una muestra relativamente pequeña, pues está únicamente conformada por los alumnos de una sola universidad y de una misma localización geográfica, los resultados no serán extrapolables al resto de la población y por esta misma razón puede que no sean concluyentes. Por lo tanto, para poder llegar a una conclusión definitiva sería necesario realizar estudios más exhaustivos con un mayor tamaño poblacional.

**REFERENCIAS**

Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México D.F.: McGraw Hill.



- Ruiz-Amaya, L., Martín Pliego, F.J., Montero, J.M. y Uriz Tome, P. (1995). *Análisis estadístico de las encuestas cualitativas*. Madrid: AC.
- Mankeliunas, M. (1991). *Psicología de la motivación*. México D.F: Trillas.
- Reeve, J. (2000). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw Hill.
- Todt, E. (1991). *La motivación*. Barcelona: Herder.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2004). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.
- Lévy Mangin, J.P. y Varela Mallou, J. (2003). *Análisis multivariable para las ciencias sociales*. Madrid: Pearson.
- Gressot, M. (1958). The desire to be a psychologist. *Psychologie v Ekonomické Praxi*, 17, 127-133.
- Farber, N. K. (2000). Counseling psychology doctoral students' help seeking behavior: Factors affecting willingness to seek help for psychological problems. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 60 (11-A) , 39-17.



## **Cómo afecta la narcolepsia a la vida de una persona**

---

**Estefanía Cruz**

**María Arenas**

**Vanesa Amat**

### **RESUMEN**

La narcolepsia es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por la presencia de somnolencia excesiva diurna y ataques de sueño repentinos, acompañado de uno o más síntomas asociados como cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones.

El objetivo de este trabajo será diagnosticar esta enfermedad y ver en qué medida afecta a la vida de una persona. Para ello, se estudiarán a pacientes diagnosticados con problemas del sueño en la Unidad de Trastornos del sueño del Hospital La Ribera (Valencia).

Con este estudio se demostrará que los pacientes que padecen la enfermedad de narcolepsia presentarán trastornos psicopatológicos, déficits de atención y memoria y problemas en las relaciones con los demás.

## INTRODUCCIÓN

La narcolepsia fue definida por el Doctor Guilleminault como “un síndrome de origen desconocido caracterizado por tendencias anormales de sueño, incluyendo somnolencia excesiva diurna, alteraciones en el sueño nocturno y manifestaciones patológicas del sueño REM”, en el I Simposium Internacional sobre narcolepsia celebrado en 1975.

La narcolepsia es un trastorno neurológico crónico que produce una regulación anormal del ciclo sueño/vigilia provocando una somnolencia diurna y manifestaciones del sueño REM. Este trastorno se halla íntimamente relacionado con la falta de una proteína que recibe el nombre de hipocretina y que el cerebro de estos sujetos no puede sintetizar. Las neuronas hipocretinérgicas se sitúan específicamente en el hipotálamo desde donde envían proyecciones a múltiples áreas del SNC. La alteración del sistema en la narcolepsia explicaría la incapacidad de estos pacientes de mantener periodos de vigilia o sueño de forma mantenida. Se estipula que la etiología de esta enfermedad pueda ser autoinmune. Según el Doctor Gert Jan Lammers (2010), presidente del Grupo Europeo de Narcolepsia-Cataplejía, la mayoría de los casos de narcolepsia se producen de forma esporádica, tan solo un 10% de los diagnosticados informa de tener un pariente con estos síntomas pero esto no justifica que sea hereditaria. Sin embargo, cerca de 25.000 españoles sufren narcolepsia según los datos que afirmó el Doctor Alejandro Iranzo, neurólogo del Hospital Clínic de Barcelona (2010).

En lo que respecta a la sintomatología, el primer síntoma que se manifiesta es el sueño diurno o fugaces ataques de sueño. Pueden quedarse dormidos de forma involuntaria desde segundos hasta varios minutos. Solo en casos raros permanecen varias horas dormidos. Además de esto se les ha detectado perturbaciones del sueño REM. Un ciclo de sueño típico comenzando con el sueño NREM y haciendo la transición al sueño REM luego de 80 a 100 minutos. Las personas con narcolepsia frecuentemente entran al sueño REM a los pocos minutos de quedarse dormidos.

El segundo de los síntomas se denomina cataplejía y se produce aproximadamente en un 70% de los casos. La cataplejía suele producirse a consecuencia de emociones fuertes como: la risa, el miedo, la exaltación, la ansiedad o el estrés, la tristeza, etc. Existen dos tipos de cataplejía: parcial y completa.

En la cataplejía parcial se da una pérdida de tono en grupos musculares específicos y se manifiesta con el habla titubeante, caída de la mandíbula, caída de la

---

cabeza y flexión de las rodillas En la cataplejía completa o total, se produce una relajación de todos los músculos posturales y esta persona cae desplomada sobre cualquier lugar. Pero la cataplejía no produce la pérdida del conocimiento pues no afecta a los músculos del diafragma y a los extraoculares, es en eso en lo que se diferencia del desmayo. Dicha persona es consciente de su situación sin embargo no dispone de la fuerza para levantarse o moverse.

El tercer síntoma son las conductas automáticas que son la ejecución de tareas rutinarias sin que el paciente tenga un control conciente sobre la actividad que realiza. El paciente está dormido pero continúa efectuando la actividad, pero no recuerda haberla hecho cuando despierta.

Otro síntoma son las alucinaciones y parálisis del sueño. Hay dos tipos de alucinaciones: hipnogógicas, al inicio del sueño y hipnopómpicas en la transición del sueño a la vigilia.

La narcolepsia tiene repercusiones psicológicas a largo plazo. La cataplejía interfiere en las actividades cotidianas; es por esto que los enfermos intentan evitar emociones y situaciones sociales o laborales que los ponga en riesgo. Además los pacientes con cataplejía suelen presentar una mayor incidencia de accidentes domésticos, laborales y ponen en peligro su salud cuando realizan tareas que requieren una gran responsabilidad y atención. Los ataques de sueño y cataplejía en público les resultan vergonzosos y además suponen un impedimento a la hora de relacionarse con los demás. Diversos estudios como el de Hernán Andrés Marín y Stefano Vinaccia (2005) han encontrado problemas emocionales y disfunción social en distintas áreas como el trabajo, las amistades y las actividades de ocio. Otra característica que presentan sobre todo a edades tempranas es la dificultad para el aprendizaje. La cataplejía y el sueño diurno junto con los medicamentos pueden derivar en problemas sexuales como la falta de apetito sexual o la impotencia. El hecho de verse incapacitados para ciertos trabajos y actividades puede desencadenar una depresión y/ o trastornos alimenticios. La narcolepsia comienza a manifestarse a partir de la adolescencia, aunque desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se diagnostica este trastorno, suelen pasar de 5 a 10 años.

A la vista de estos datos creemos que es interesante y práctico diagnosticar la enfermedad de narcolepsia y relacionarla con problemas de comorbilidad

psicopatológica, al igual que con problemas de déficit de atención y memoria porque no existe ningún estudio que relacione dichas variables.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿En qué medida afecta la narcolepsia a la vida de una persona?

### *Objetivo general*

Estudiar en qué medida afecta la narcolepsia a la vida de una persona.

### *Objetivos específicos*

- Estudiar la comorbilidad psicopatológica en la narcolepsia.
- Estudiar las habilidades sociales de una persona con narcolepsia.
- Estudiar la expresión emocional que presenta una persona con narcolepsia.
- Estudiar la atención de una persona con narcolepsia.
- Estudiar la memoria de una persona con narcolepsia.

### *Hipótesis*

- Las personas con narcolepsia tendrán una mayor probabilidad de padecer problemas psicopatológicos.
- Son personas que presentarán problemas a la hora de comunicarse con los demás.
- Los pacientes con narcolepsia mostrarán deficiencias en su expresión emocional.
- La narcolepsia afectará en la atención del paciente.
- La narcolepsia afectará a la memoria del paciente.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Los sujetos que seleccionaremos para realizar el estudio serán hombres y mujeres de la Unidad de trastornos del sueño del Hospital de la Ribera (Valencia).

Pese a que no va a ser algo preestablecido, lo normal es que aparezca una muestra que ronde entre los 20 y los 45 años de edad que es cuando los pacientes presentan sus primeros síntomas.

El único criterio de exclusión es que los sujetos no hayan dado positivo en las pruebas de Latencia Múltiple del sueño (MSLT), que mide el sueño en fase REM, y en la de Polisomnograma. Si las pruebas dan negativo significa que no tienen problemas en la fase REM, ni alteraciones del sueño, y por lo tanto no tienen un claro síntoma del diagnóstico de la narcolepsia.

### **Variables**

- *Variables socio-demográficas*: Sexo, edad y nacionalidad.
- *Narcolepsia*: que una persona presente el diagnóstico de la enfermedad.
- *Expresión emocional*: grado en el que una persona refiere expresar o inhibir sus emociones.
- *Memoria*: grado en el que una persona realiza tareas relacionadas con la memoria.
- *Atención*: grado de una persona para aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración.
- *Comunicación*: grado en el que una persona refiere comunicarse con los demás.

### **Instrumentos**

- Cuestionario sobre variables sociodemográficas (sexo, edad y nacionalidad) diseñado para esta investigación. El objetivo es recoger información sociodemográfica sobre los sujetos. (Anexo 1.1)
- Polisomnograma (PSG): es una prueba nocturna que toma mediciones múltiples continuas mientras el paciente está dormido para documentar anormalidades en el ciclo del sueño. Registra las frecuencias cardíaca y respiratoria, la actividad eléctrica cerebral con la electroencefalografía (EEG), y la actividad nerviosa muscular con la electromiografía (EMG). Un PSG puede ayudar a revelar si el sueño REM se produce en períodos anormales en el ciclo del sueño y puede eliminar la posibilidad de que los síntomas de un individuo se deban a otra afección.
- La prueba múltiple de latencia del sueño (MSLT): se realiza durante el día para medir la tendencia de una persona a quedarse dormida y para determinar si elementos aislados

del sueño REM molestan en momentos inapropiados durante las horas en que está despierta.

-Prueba de atención: El efecto Stroop, en el que el significado de la palabra, como una dimensión del estímulo interfiere con la tarea de nombrar el color de la tinta con la que está escrita la palabra. Se llevan acabo 3 ensayos por sujeto por cada condición experimental, con un tiempo de margen de 20 segundos. Hay tres condiciones: de no interferencia, de interferencia y de control.

Mientras el experimentador se encarga de hacer la presentación de las hojas, un ayudante anotará el número de errores en cada ensayo y el tiempo de ejecución.

(Anexo 1.2)

-Cuestionario sobre comunicación diseñado para esta investigación. El objetivo es recoger información sobre la habilidad del paciente de comunicarse con los demás. Para ello, hemos elaborado un cuestionario compuesto por 21 ítems dónde las respuestas oscilan entre 1(casi nunca) a 4 (siempre). (Anexo 1.3)

-Cuestionario sobre memoria diseñado para esta investigación: Se trata de un cuestionario para determinar la capacidad de memorizar de los sujetos. Este test consta de varias partes: la primera consiste en recodar el mayor número de palabras que aparecen. La segunda parte consiste en leer de nuevo las palabras durante cinco minutos, hasta cinco veces seguidas y pasada media hora, intentar recordar el mayor número de palabra, La última parte consiste en leer en voz alta un número de teléfono de 9 cifras, después marcarlo en un teléfono de memoria y cuando suene colgar y volver a marcarlo. El objetivo de este cuestionario es hacernos una idea sobre la capacidad de memorizar en función de la edad. (Anexo 1.4) (Alfred Craig, 2009).

-Cuestionario sobre habilidades sociales UMSA, (Herbert Ronald & Mita Yonima, 2006)

El objetivo es recoger información acerca de las habilidades sociales del sujeto.

El cuestionario está compuesto por 50 ítems con cinco opciones de respuesta que oscila entre 1 (si nunca utiliza la habilidad) a 5 (siempre utiliza la habilidad). (Anexo 1.5)

-Cuestionario sobre expresión emocional diseñado para esta investigación

El cuestionario mide la expresividad emocional entendida como una exhibición de emociones ya sean éstas positivas o negativas. Consta de 17 ítems con cuatro opciones de respuesta que oscilan entre 1 (nunca) a 4 (siempre). (Anexo 1.6)



## **Procedimiento**

Por un lado queremos diagnosticar la enfermedad de narcolepsia; y por otro lado observar la estrecha relación que hay entre la narcolepsia y los trastornos psicopatológicos.

En primer lugar se informará al comité de ética del Hospital La ribera (Valencia) de la realización del estudio de investigación y se pedirá su colaboración para llevar a cabo el proceso de selección de los sujetos del mismo, ya que trabajaremos en la Unidad de Trastornos del sueño dirigida por el Doctor Javier Puertas. Informaremos a los participantes de la finalidad y el proceso del estudio que vamos a realizar y se les pedirá su consentimiento para incluir y manejar sus datos. Se informará a los pacientes que el estudio que se va a realizar será anónimo y confidencial. Su duración será de dos días. La primera prueba que se les realizará la llevaran a cabo médicos especializados en la Unidad ya que las pruebas son un Polisomnograma (PSG) y la prueba múltiple de latencia del sueño (MSLT). Los sujetos cuyo resultado sea negativo significará que no tienen trastornos en la fase REM del sueño y por lo tanto no tendrán uno de los síntomas que más se manifiestan en esta enfermedad.

Una vez seleccionados los participantes del estudio se les pasará el cuestionario sobre habilidades sociales, que incluye aspectos como la comunicación y la asertividad, y el cuestionario sobre expresión emocional.

Y por último, al día siguiente deben acudir al Hospital para realizarles la prueba de Stroop que mide el grado de atención de los pacientes y la prueba de memoria.

## **Tipo de diseño y estudio**

El método de estudio es correlacional porque el objetivo principal es la recogida de información. Según el lugar de la investigación es natural, ya que vamos a realizar un estudio de campo porque no vamos a manipular ninguna variable.

Es un estudio transversal porque únicamente vamos a medir una serie de variables en un momento dado.

## **Análisis de los resultados**

Tras finalizar el estudio, codificaríamos los resultados obtenidos a un paquete estadístico, en concreto introduciríamos los datos en el SPSS. Realizaríamos un análisis descriptivo profundo en las puntuaciones de cada sujeto para ver en qué medida afecta

la narcolepsia en la forma de vida; estudiando sobre todo la media de las puntuaciones obtenidas y la desviación típica.

Por último, realizaremos una correlación entre variables con el método correlacional de Pearson.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Tras finalizar el experimento y de analizar los datos recogidos por los experimentadores los resultados que esperaríamos obtener serían:

Después de realizar las pruebas clínicas sobre la fase REM del sueño, las personas que presentarán alteraciones en esta fase vendrán acompañadas de otros síntomas de la narcolepsia como la somnolencia diurna, la fatiga y el cansancio. Al igual que la interrupción repentina del sueño durante su transcurso. Estos efectos tendrán repercusiones en la vida de los pacientes porque al no descansar bien por la noche, no podrán rendir correctamente en sus actividades cotidianas.

En segundo lugar, otro síntoma del trastorno es la cataplexia que estará relacionado con algunos trastornos psicopatológicos del paciente como: estados depresivos por sentirse dependientes de otras personas, por eso en muchos casos no reconocen la enfermedad y tardan en pedir ayuda a profesionales; problemas sexuales, por sentirse incapacitados o no sentirse a la altura a la hora de mantener una relación; trastornos alimenticios, en la mayoría de los casos sobrepeso y además problemas de expresión emocional. Cabe destacar que el último de los problemas descritos será autoinfligido porque son ellos mismos los que tratarán de inhibir sus emociones para evitar ataques catapléjicos.

En tercer lugar serán personas con un déficit de atención notable debido a su condición. Muchas veces no se darán cuenta que se han quedado dormidos, ya que sólo durará unos segundos y durante este período les resultará imposible atender a los estímulos.

En cuanto a la memoria, esta se verá bastante afectada, los pacientes cuando despierten no se acordarán de la actividad que estaban realizando y les costará mucho retomarla.

Y por último, las habilidades sociales también se verán reducidas, con lo que en muchos casos sus relaciones sociales se reducirán a un número limitado de personas con las que ya mantenían relación antes de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.

Creemos que el apoyo familiar y social será determinante para ayudar al paciente a reconocer su situación, al igual que la asistencia a grupos de apoyo con más gente en las mismas circunstancias.

Con los resultados del estudio esperamos mejorar la calidad asistencial y el diagnóstico en pacientes con narcolepsia. Pensamos que puede ser útil para estudios posteriores sobre la calidad de la información que dan los profesionales sanitarios, y que en esta línea, se pueden ampliar las variables e incluir otros factores relacionados con la adherencia, como pueden ser el apoyo social, estilo de vida, clase social, etc.

## REFERENCIAS

Entrevista al presidente del Grupo Europeo de Narcolepsia-Cataplejía: Dr. Gert Jan

Lammers, 2010; extraída de la página web:

<http://www.revneurolog.com/sec/entrev.php?clas=2&subclas=&ap=&id=23&idiotema=0>

NINDS. Trastornos Narcolepsia. 2006. Disponible en:

<http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/Narcolepsia.htm>

YOUTUBE. Narcolepsia. 2008. Disponible en:

<http://www.youtube.com/watch?v=XRGDBZ5jRHk>

YOUTUBE. Narcolepsia. 2009. Disponible en:

<http://www.youtube.com/watch?v=EPwP3gBE4AA&feature=related>

SCRIBD. Cuestionario de habilidades sociales UMSA de Herbert Ronald & Mita Yonima. 2006. Disponible en:

<http://www.scribd.com/doc/8535072/Cuestionario-de-habilidades-sociales>

INFODOCTOR. Test de evaluación de la memoria de Alfred Craig. 2009. Disponible en:

<http://www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer/centrofamiliar/testmemoria.htm>

Andrés Marín, Hernán & Vinaccia, Stefano (2005). Modelo cognitivo comportamental del síndrome de narcolepsia-cataplejía: exposición teórica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (3), 153-172.

Navarro, José Francisco & Espert-Tortajada, Raúl (1994). Síndrome narcoléptico. *Psicología conductual*, 2 (3), 283-296.

- Martínez-Rodríguez, J.E. & Santamaría, J. (2005). Narcolepsia e hipersomnia. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra*, 49 (1), 35-45.
- Kring, A. M., Smith, D. A. & Neale, J. M. (1994) Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of personality and social psychology*, 66(5), 934-49
- Golden, C.J. (1994). STROOP. *Manual del Test de Colores y Palabras*. Madrid: TEA

## **Efectos de la abstinencia de cafeína en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas**

---

**Andrea Grau Peñas**

**Antonio José Lozano Bañón**

**Javier Manchón López**

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es determinar los efectos que causaría la abstinencia de cafeína en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas. Para ello, se seleccionarán, de entre los sujetos voluntarios de la Universidad Miguel Hernández de Elche que tomen una lata diaria de bebida energética mínimo, a 30 de ellos para establecer un grupo control con 15 sujetos y uno experimental con los 15 restantes. Los sujetos del grupo experimental dejarán de consumir bebidas energéticas durante una semana. De esta forma se comprobará si presentan los síntomas característicos del síndrome de abstinencia de cafeína, ya estudiados en consumidores habituales de café. Los instrumentos utilizados en la medición de nuestras variables dependientes serán el *STAI-E* para la ansiedad, el *CPT* para el rendimiento cognitivo, la *Escala de evaluación de estados emocionales* para el estado de ánimo y un autorregistro para evaluar las horas de sueño y los síntomas físicos diarios.

## INTRODUCCIÓN

La cafeína es una droga psicoactiva perteneciente al grupo de las xantinas, las cuales comprenden la cafeína, la teofilina y la teobromina. Éstas están presentes en el café, el té, el chocolate, las bebidas de cola y en la composición de varios medicamentos (Becoña, Lorenzo y Galego, 1990), y crean tolerancia con facilidad. Por tolerancia se entiende “el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico” (Kramer y Cameron, 1975, p. 16).

La cafeína también podemos encontrarla contenida en las bebidas energéticas. Entendemos por bebidas energéticas aquellas bebidas sin alcohol no hidratantes con propiedades estimulantes. Están compuestas, además de por cafeína, por varias vitaminas como la C y las del grupo B y otras sustancias naturales orgánicas como la taurina o la glucuronolactona, que eliminan la sensación de agotamiento de la persona que las consume. Por su alto contenido en cafeína pueden producir dependencia; el contenido de cafeína de una lata de bebida energética de 250 ml ronda los 80 mg o, lo que es lo mismo, la cafeína contenida en una taza de café expreso.

Los efectos que produce la cafeína sobre el organismo dependen de la dosis ingerida y de la continuidad de la ingestión. Además, son pasajeros (la vida media de la cafeína oscila entre 3 y 7 horas), y aunque pueda parecer que disminuye la fatiga, solamente reduce la sensación de la misma. En los consumidores esporádicos la cafeína tiene unos efectos físico-psíquicos como, por ejemplo, la mejora del rendimiento físico y de la atención y la capacidad de concentración. En algunas personas pueden darse efectos negativos como nerviosismo e inquietud.

Como afirman López y col. (2001, p. 112), “a dosis elevadas o en los consumidores habituales, los efectos que se pueden observar son los siguientes: ansiedad, insomnio, excitabilidad y trastornos nerviosos, hipertensión, diuresis, embotamiento mental y trastornos gástricos como acidez o ardor”. En este tipo de consumidores se puede llegar a dar el cafeinismo, síndrome que aparece asociado con un alto consumo de cafeína. Se considera que el cafeinismo afecta al 10% de la población (Kaplan y Sadock, 1981) aunque generalmente se confunde con trastorno de ansiedad generalizada o con otros trastornos de ansiedad debido a la gran similitud de los cuadros sintomatológicos de ambos.

---

Otro de los fenómenos que los consumidores habituales de cafeína pueden experimentar es el llamado síndrome de abstinencia de cafeína, clasificado en el DSM-IV-TR (APA, 2002) como “trastorno relacionado con cafeína no especificado”. Éste consiste en un síndrome de abstinencia caracterizado por el abandono o disminución súbita del consumo de productos que contienen cafeína por parte de individuos que hasta entonces la tomaban con asiduidad. Entre los síntomas, que pueden parecerse a los de la abstinencia de cocaína o anfetamina, se incluye dolor de cabeza y uno (o más) de los siguientes: fatiga o somnolencia acusadas, ansiedad o depresión evidentes y náuseas o vómitos; y entre los asociados, un fuerte deseo por la cafeína y un empeoramiento del rendimiento cognitivo, especialmente en tareas de vigilancia.

Estos síntomas parecen tener una mayor prevalencia entre los individuos con un consumo elevado (500 mg/día) pero pueden aparecer igualmente en individuos con un consumo menor. Asimismo, pueden iniciarse en las primeras 12 horas posteriores al abandono de la cafeína y durar incluso una semana, llegando a su máxima expresión a las 24-48 horas.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de áreas de la actividad del individuo, no debidos al efecto directo de ninguna enfermedad médica (por ejemplo, migraña, enfermedad vírica) o mental. Puede que algunos individuos soliciten ayuda terapéutica para combatirlos, sin darse cuenta de que son debidos al abandono de la cafeína.

Consideramos este estudio de interés puesto que el síndrome de abstinencia de cafeína aparece en el DSM-IV-TR como eje propuesto para estudios posteriores. Por otra parte, ya se han llevado a cabo al menos 66 estudios sobre la abstinencia de cafeína en los últimos 10 años (Juliano y Griffiths, 2004) como, por ejemplo, estudios experimentales realizados con animales de laboratorio o en consumidores habituales de café, y sobre la abstinencia de cafeína en jóvenes (Hale et al., 1995; Bernstein et al., 2002; Oberstar et al., 2002) y en niños (Bernstein et al., 1998; Goldstein y Wallace, 1997), más propensos al consumo de bebidas energéticas. Sin embargo, no se ha llevado a cabo ninguno, al menos en España, que evalúe los efectos de la abstinencia de cafeína en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas concretamente.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

- ¿Cuáles son los efectos que causaría la abstinencia de cafeína en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas?

### *Objetivo general*

- Determinar los efectos que causaría la abstinencia de cafeína en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas.

### *Objetivos específicos*

- Estudiar el número de síntomas físicos diarios experimentados por jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas tras el abandono de la cafeína.
- Estudiar si el abandono de la cafeína genera ansiedad en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas.
- Estudiar el efecto del abandono de la cafeína sobre las horas de sueño diarias en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas.
- Estudiar en qué medida el abandono de la cafeína afecta al rendimiento cognitivo en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas.
- Estudiar en qué medida el abandono de la cafeína afecta al estado de ánimo en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas.

### *Hipótesis*

- El número de síntomas físicos experimentados por jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas a causa del abandono de la cafeína disminuirá con el paso de los días.
- La ansiedad será mayor en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas tras el abandono de la cafeína.
- El número de horas de sueño diarias aumentará en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas tras el abandono de la cafeína.
- El rendimiento cognitivo disminuirá en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas tras el abandono de la cafeína.
- El estado de ánimo decaerá en jóvenes consumidores habituales de bebidas energéticas tras el abandono de la cafeína.



## MÉTODO

### Participantes

Seleccionaremos un total de 30 sujetos con edades comprendidas entre 17 y 25 años, alumnos del turno de mañana de las aulas del edificio Altabix de la Universidad Miguel Hernández de Elche. No importan ni el sexo de los sujetos, ni la titulación y el curso en que estén. Es imprescindible que consuman al menos una lata de bebida energética al día.

### Variables

*Variable independiente:*

- Consumo de bebidas energéticas: Cantidad de bebida energética que el sujeto consume.

*Variables dependientes:*

- Número de síntomas físicos diarios: Cantidad de síntomas de abstinencia físicos (náuseas o vómitos, dolor de cabeza y fatiga) que el sujeto presenta al abandonar la toma de bebidas energéticas cada día.

- Ansiedad de estado: Experiencia emocional del sujeto de ansiedad transitoria que varía en duración e intensidad tal como la evaluamos con el *STAI-E*.

- Número de horas de sueño diarias: Cantidad de tiempo diario que el sujeto afirma haber dormido durante la noche.

- Rendimiento cognitivo: Capacidad del sujeto de mantener la atención focalizada durante un periodo de tiempo considerablemente amplio tal como la evaluamos con el *CPT*.

- Estado de ánimo: Estado emocional del sujeto, que permanece durante un período relativamente largo, tal como lo evaluamos con la *Escala de evaluación de estados emocionales*.

*Variables sociodemográficas:*

- Sexo, edad, titulación y curso.

### Instrumentos

Para conocer las características de hábitos de consumo de cafeína en los sujetos utilizaremos el *Cuestionario sobre los hábitos de consumo de cafeína*. En él, el sujeto

detallará su consumo de sustancias que contienen cafeína a lo largo del día y de la semana. (Anexo 1)

Para medir la ansiedad de estado emplearemos el *STAI-E* (STAI; Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970; Spielberger, 1983), que comprende una escala de autoevaluación con 20 ítems. Los ítems de la escala requieren que el sujeto describa la intensidad del sentimiento en un momento particular utilizando las siguientes puntuaciones: *casi nunca* (1); *a veces* (2); *a menudo* (3); *casi siempre* (4). La escala se ha considerado como un indicador sensible a los cambios de ansiedad transitoria.

Para la medición del número de horas de sueño y de síntomas físicos diarios hemos creado una plantilla de autorregistro. En ella el sujeto anotará los datos demandados, es decir, el número de horas de sueño diarias, las veces que ha sentido náuseas o ha vomitado y la intensidad de la fatiga y los dolores de cabeza. (Anexo 2)

Para medir el mantenimiento de la atención utilizaremos el *CPT (Continuous Performance Test)* (Etsepareborda, 1994; Klee y Garfinkel, 1983), considerado el test más fiable para el estudio experimental de la ejecución de los sujetos en situaciones que requieran atención sostenida. Consiste en una prueba informatizada que ha sido diseñada con el fin de medir el mantenimiento de la atención en una tarea que exige vigilancia durante un período de 17 minutos. En ella se presentan estímulos simples, como letras o dígitos, durante un período muy breve, en una secuencia aleatoria y a intervalos constantes. La tarea del sujeto es, cuando aparece en la pantalla un estímulo crítico (que tiene lugar, como promedio, una vez cada 5 presentaciones), presionar una llave.

Para la medición del estado de ánimo emplearemos la *Escala de evaluación de estados emocionales* (Plutchik, 1980) como método de autorregistro a lo largo de la semana. Esta escala mide ocho estados de ánimo (feliz, temeroso, agradable, enfadado, interesado, disgustado, triste y sorprendido) con respuestas entre 1 (*en absoluto*) y 5 (*muy fuertemente*). Si bien esta escala puede utilizarse como cuestionario, se sugiere que se emplee como autoinforme, ya que administrado en grupo tiende a reducir la probabilidad de que el sujeto modifique los datos influenciado por la deseabilidad social (Garrido, 2000).

## Procedimiento

Para acceder a la muestra acudiremos a las distintas aulas del edificio Altabix de la Universidad Miguel Hernández de Elche en horario matutino de clase. Con permiso del profesor correspondiente, se les preguntará a los alumnos si consumen bebidas energéticas habitualmente (mínimo una lata diaria). En caso afirmativo, se les explicará la finalidad de nuestro estudio, remarcando el periodo de edad en el que se centra, y cómo se llevará a cabo. Además se les informará de que los datos extraídos serán anónimos y confidenciales, únicamente tendrán que anotar las iniciales de su nombre y apellidos y los 3 últimos dígitos del DNI en los tests y cuestionarios. Con ello pretendemos crear un código con el fin de hacer un seguimiento de los sujetos, preservando su anonimato, que nos permita comprobar los posibles cambios.

A aquellos que se ofrezcan voluntarios para participar en el experimento, se les pasará el *Cuestionario sobre los hábitos de consumo de cafeína* con el objeto de conocer sus hábitos de consumo total de cafeína. Esto nos permitirá seleccionar de entre todos los sujetos presentados, a los 30 que sean más adecuados para el experimento posterior, esto es, a aquellos cuyo consumo de cafeína a través de bebidas energéticas sea mayor que su consumo de cafeína a través de otras sustancias, para así conseguir una muestra lo más homogénea posible en función del consumo de cafeína. Seguidamente, serán citados en un aula de la universidad según sus conveniencias de horario para suministrarles los tests (el *STAI-E* y el *CPT*), con el fin de hacer una evaluación pre-test.

Una vez conocidos los resultados, se establecerán dos grupos de 15 sujetos cada uno: un grupo control y otro experimental. Los sujetos del grupo control no modificarán su consumo de bebidas energéticas, a diferencia de los del grupo experimental, a los que se les privará de ellas durante una semana. No obstante, se les permitirá mantener su consumo habitual de otras sustancias que contengan cafeína. Posteriormente, se les entregarán a todos los participantes unos autorregistros (el *Autorregistro de horas de sueño y síntomas físicos* y la *Escala de evaluación de estados emocionales*) para que los rellenen a lo largo de la semana con la información demandada.

Transcurrida dicha semana, se les citará para que entreguen sus autorregistros cumplimentados. Además, se les pasarán de nuevo los mismos tests de la evaluación pre-test con la finalidad de comprobar los posibles cambios provocados por el cese de la ingestión de bebidas energéticas en el grupo experimental frente al grupo control.

**Tipo de diseño y estudio**

Corresponde a un diseño experimental puesto que usaremos una variable independiente (consumo de bebidas energéticas) y variables dependientes (número de síntomas físicos diarios, ansiedad, número de horas de sueño diarias, rendimiento cognitivo y estado de ánimo) y se establecerán dos grupos de 15 sujetos cada uno: uno control y otro experimental. Se trata, además, de un estudio longitudinal prospectivo ya que se tomarán dos medidas: una pre-test y otra post-test.

**Análisis de los datos**

Para codificar y analizar los datos utilizaremos el paquete estadístico PASW Statistics 18. Realizaremos un análisis descriptivo de la muestra que se llevará a cabo mediante estadísticos de tendencia central y de variabilidad.

Con el fin de comparar los resultados obtenidos entre grupo control y grupo experimental utilizaremos el estadístico t de Student con un nivel de confianza del 95%.

**RESULTADOS ESPERABLES**

En primer lugar, debemos destacar que, según la bibliografía consultada, ya se han realizado, sobre todo en Estados Unidos, diversos estudios para establecer cuáles son los efectos de la abstinencia de cafeína en otro tipo de muestras. Por este motivo, nuestras hipótesis están basadas en los datos que se conocen acerca del síndrome de abstinencia de cafeína y que están recogidos en el DSM-IV-TR.

Si lleváramos a cabo este estudio, consideramos que se confirmarían todas nuestras hipótesis puesto que el café y las bebidas energéticas tienen una cantidad de cafeína similar. De esta forma, suponemos que los síntomas físicos característicos de la abstinencia, como son el dolor de cabeza, las náuseas o la fatiga, se verán mermados con el paso de los días pues a su máxima expresión llegan a las 24-48 horas posteriores al abandono de la cafeína.

En lo que respecta a la ansiedad, se producirá un aumento en los participantes incluidos en el grupo experimental e incluso podría aparecer el llamado trastorno de ansiedad inducido por sustancias, que se da por intoxicación o abstinencia de una droga o un medicamento.

El número de horas de sueño diarias también aumentará ya que la cafeína disminuye la sensación de fatiga y con su ausencia el sujeto se notará más cansado física y psicológicamente, por lo que recurrirá al descanso.

El rendimiento cognitivo, en especial la atención sostenida, se verá disminuido porque la cafeína, por sus propiedades estimulantes del sistema nervioso central, produce una mejora de la atención y la concentración. Asimismo, creemos que este cambio será muy notable. La razón es que las bebidas energéticas contienen, además de cafeína, componentes como la taurina y la glucuronolactona para aumentar tanto el rendimiento cognitivo como el físico.

Por último, el estado de ánimo de los sujetos suponemos que decaerá puesto que uno de los síntomas descritos en el cuadro sintomatológico de la abstinencia de cafeína es la depresión.

## REFERENCIAS

Bebida energizante. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Bebida\\_energizante](http://es.wikipedia.org/wiki/Bebida_energizante)

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill

Castellanos, R. A., Rossana, M. R. y Frazer, G. G. Efectos fisiológicos de las bebidas energizantes. 2006. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-1-2006-8.pdf>

First, M. B., Frances, A. y Pincus, H. A. (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona: Elsevier

García Sevilla, J. (2007). *Psicología de la atención*. Madrid: Síntesis

Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. Madrid: Síntesis

Johns Hopkins University School of Medicine. Information about caffeine dependence. 2003. Disponible en: [http://www.caffeinedependence.org/caffeine\\_dependence.html](http://www.caffeinedependence.org/caffeine_dependence.html)

Johns Hopkins University School of Medicine. Caffeinated energy drinks: A growing problem. 2008. Disponible en: [http://www.hopkinsmedicine.org/Press\\_releases/2008/Griffiths.pdf](http://www.hopkinsmedicine.org/Press_releases/2008/Griffiths.pdf)

López, C., García-Rodríguez, J.A., Jover, M.C. y Sánchez, C. (2004). *Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas*. Alicante: INID

Novy, D., Nelson, D. V., Goodwin J. y Rowzee R. D. Psychometric Comparability of the State-Trait Anxiety Inventory for Different Ethnic Subpopulations. 1993.

Disponible en: <http://dionysus.psych.wisc.edu/lit/articles/NovyD1993a.pdf>

OCU. La cafeína de cada día: Consumo y efectos. 2004. Disponible en:

[http://www.ocu.org/20000101/item-not-found-in-range-ATTACH\\_s185641.pdf](http://www.ocu.org/20000101/item-not-found-in-range-ATTACH_s185641.pdf)

Rodríguez, J. La hora del café – Síndrome de la abstinencia a la cafeína. Disponible en:

[http://www.educ.ar/educar//kbee:/educar/content/portal-content/taxonomia-](http://www.educ.ar/educar//kbee:/educar/content/portal-content/taxonomia-recursos/recurso/24ba4483-388e-4626-9e9e-14d44c69925c.recurso/e17ee6d5-10ca-4d25-ba55-2fd5356ca440/La%20hora%20del%20caf%E9.pdf)

[recursos/recurso/24ba4483-388e-4626-9e9e-14d44c69925c.recurso/e17ee6d5-](http://www.educ.ar/educar//kbee:/educar/content/portal-content/taxonomia-recursos/recurso/24ba4483-388e-4626-9e9e-14d44c69925c.recurso/e17ee6d5-10ca-4d25-ba55-2fd5356ca440/La%20hora%20del%20caf%E9.pdf)

[10ca-4d25-ba55-2fd5356ca440/La%20hora%20del%20caf%E9.pdf](http://www.educ.ar/educar//kbee:/educar/content/portal-content/taxonomia-recursos/recurso/24ba4483-388e-4626-9e9e-14d44c69925c.recurso/e17ee6d5-10ca-4d25-ba55-2fd5356ca440/La%20hora%20del%20caf%E9.pdf)

## **¿Cómo influye el grado de información en pacientes esquizofrénicos para su adherencia al tratamiento?**

---

**Lucía Asensi Abad**  
**Ángel Cerdán Caparrós**  
**Yamal Nieto Robles**

### **RESUMEN:**

Este estudio comparó la evolución en la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos, dados de alta por el Hospital Psiquiátrico Santa Faz de San Juan, tras una mayor calidad y cantidad de información aportada por los psiquiatras y recibida por los pacientes. Se trata de un estudio experimental en el que los sujetos fueron divididos aleatoriamente en grupo control y experimental. Al inicio de la investigación, se midió la adherencia al tratamiento, la satisfacción de la información y la conciencia de enfermedad siendo continuada en periodos de tres meses durante un año. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, mostrando el grupo experimental un notable mejora en su adherencia al tratamiento y, por tanto, en su posterior recuperación.

## INTRODUCCIÓN

Existe cierta controversia a la hora de dar una definición exacta de lo que es la adherencia a un tratamiento dado que cada autor da un concepto más o menos amplio de ella. A pesar de esto todos han coincidido en algo, y es que la adherencia es el grado de coincidencia entre la conducta de un paciente y las recomendaciones médicas, de hecho la OMS (2006) la define como: “el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas”. Cuando hablemos de información recibida, nos referiremos a todos aquellos aspectos relacionados con la enfermedad que haya recibido el paciente por parte del personal sanitario tras el ingreso en el centro psiquiátrico. Por su parte, entendemos conciencia de la enfermedad como conocimiento de padecer un trastorno mental, de la necesidad de tratamiento y de la conciencia sobre los síntomas psicóticos presentes.

Aunque es difícil dar una explicación clara y sencilla de lo que es la esquizofrenia por sus diferentes subtipos y sus complicados cursos longitudinales (descritos en DSM-IV-TR), muchos han sido los autores que tratan de dar una breve definición de dicho trastorno. Cuando nos referimos a esquizofrenia lo hacemos, en palabras de Chinchilla (1996), a una “psicosis de naturaleza orgánica y base somática desconocidas, sustentadas por la heredobiología, la neuroquímica y la psicofarmacología aplicada, con un síndrome unitario y una variabilidad sintomática, con cursos evolutivos variados hacia la remisión, mejoría parcial o cronicidad defecto”. Por su parte, la OMS (2006) ha definido este trastorno como “una forma grave de enfermedad mental que afecta aproximadamente al 7 por mil de la población adulta sobre todo al grupo de edad 15-35 años” Aunque la incidencia es baja, la prevalencia es alta debido a la cronicidad. Se han descrito principalmente cinco subtipos dentro de la enfermedad de la esquizofrenia: Tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado, tipo residual y tipo paranoide. Es el último tipo, el paranoide, en el que nos centraremos para nuestro estudio por ser el más común además de que en el resto pueden darse síntomas como deficiencias cognitivas, inmovilidad motora, etc.

Son recurrentes, aunque para nada excesivos, los estudios acerca del grado de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con trastornos psicóticos y es que, a la vista de los datos, parece un tema importante de tratar. De acuerdo con la historia de dichos trastornos, alrededor de un 80% de los pacientes suele presentar una recaída en los primeros 5 años de evolución produciéndoles éstas importantes daños cognitivos (M.Roca, F.Cañas, J.M. Olivares, A. Rodríguez, J.Giner, 2005). En el estudio de



---

Ensayos Clínicos con Antipsicóticos sobre Efectividad en la Intervención (CATIE), el 74% de los enfermos interrumpieron sus tratamientos antes de los 18 meses y el 40% lo hizo por decisión propia. Las tasas medias de adherencia en enfermos psicóticos es muy variable en distintos estudios puesto que intervienen muchos y diversos factores pero tras la revisión crítica de varios estudios publicados se ha estimado una tasa media de 41,2% (Nakonezny P, Byerly MJ, 2006). Según el DSM-IV, las razones del incumplimiento pueden deberse a las molestias o efectos secundarios que provoca el tratamiento, a su coste elevado, a decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos como la negación de la enfermedad y evidentemente a la presencia de un trastorno mental.

Por otro lado, cabe nombrar que no existe un acuerdo consensuado de qué sería una adherencia adecuada pero la mayoría de los estudios y autores consultados coinciden en que debería ser superior a un 80% mientras que otros afirman que debería ser obligatoriamente mayor a un 95% para poder ser considerada una tasa de adherencia adecuada.

Para solventar tan bajas tasas de adherencia, diversos autores (Ramos Bernal, 2007) sostienen encarecidamente que el grado de información que tenga un paciente respecto a su enfermedad y síntomas puede ayudar en gran medida a que su adherencia al tratamiento sea mayor y más duradera.

A la vista de los datos y de acuerdo con la importancia que puede tener el hecho de que un paciente disponga de información sobre su enfermedad para una mejor adherencia al tratamiento y, además, teniendo en cuenta las graves repercusiones cognitivas que ocasionan las recaídas y la aparición de nuevos brotes psicóticos, resulta extraño que haya un número bastante limitado de estudios e investigaciones al respecto puesto que, tras la detallada investigación y búsqueda de información, consideramos el grado de información como una de las variables a destacar para lograr las antes nombradas tasas de adherencia consideradas como adecuadas para la recuperación.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Influye el grado de información que recibe un paciente con esquizofrenia para su adherencia al tratamiento?

### *Objetivo general*

Evaluar cómo influye el grado de conocimiento sobre la enfermedad de un paciente con esquizofrenia a la hora de adherirse al tratamiento.

### *Objetivos específicos*

- Evaluar cómo influye el grado de conocimiento sobre la enfermedad de un paciente con esquizofrenia a la hora de adherirse al tratamiento.
- Evaluar cómo influye el grado de conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad de un paciente con esquizofrenia a la hora de adherirse al tratamiento.
- Evaluar cómo influye el grado de conocimiento sobre los efectos secundarios de los psicofármacos prescritos a un paciente con esquizofrenia a la hora de adherirse al tratamiento.

### *Hipótesis*

- Un paciente esquizofrénico con mayor grado de conocimiento sobre su enfermedad tendrá más posibilidades de adherirse al tratamiento satisfactoriamente.
- Un paciente esquizofrénico con mayor grado de conocimiento sobre el tratamiento de su enfermedad tendrá más posibilidades de adherirse al tratamiento.
- Un paciente esquizofrénico con mayor grado de conocimiento sobre los efectos secundarios de los psicofármacos que le han prescrito tendrá más posibilidades de adherirse al tratamiento.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Los sujetos que seleccionaremos para realizar el estudio serán hombres y mujeres que cumplan los siguientes criterios:

Edad comprendida entre 18 y 50 años; situación laboral de desempleo o paro; que hayan sido dados de alta por la Unidad de Agudos del Hospital Santa Faz de San Juan diagnosticados de esquizofrenia paranoide; nivel educativo básico (E.G.B, E.S.O o Estudios primarios) o medio (FP, B.U.P, C.O.U o Bachillerato); que esté siendo tratado mediante psicofármacos por vía oral.

Los criterios de exclusión de los participantes serán los siguientes:

Padecer otra enfermedad crónica que implique toma de medicación continua.

Dependientes de la familia para la toma de medicación.

Consumidor habitual de alcohol y drogas mientras esté bajo tratamiento ambulatorio.

No dominar el español.

## **Variables**

### *Variables dependientes*

- *Adherencia al tratamiento*: Grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas y toma los psicofármacos prescritos de manera regular y continua durante un periodo de doce meses, correspondiente a la duración del estudio.

- *Información*: Cantidad y calidad de información, relacionada con la enfermedad padecida, el tratamiento y los efectos secundarios que haya recibido el paciente por parte del personal sanitario tras el ingreso en el Hospital Santa Faz de San Juan.

- *Conciencia de enfermedad*: Grado de conocimiento de padecer un trastorno mental, de la necesidad de tratamiento y de la conciencia sobre los síntomas psicóticos presentes.

### *Variables independientes*

La variable independiente consistirá en la condición experimental, es decir, que el paciente pertenezca al grupo control o experimental.

### *Variables extrañas*

Se realizará un estricto cuestionario de selección de participantes para controlar variables sociodemográficas.

## **Instrumentos**

Realizaremos un cuestionario de selección heteroaplicado para incluir a los participantes en el estudio según los criterios seleccionados. En este cuestionario aparecerán ítems

relacionados con los datos personales (sexo, edad, estado civil, etc.), formación académica, diagnóstico, tratamiento y criterios de exclusión.

Para medir la adhesión utilizaremos la versión en español de la escala autoaplicada DAI-10 (Hogan y Cols, 1983) con diez ítems relacionados con psicofármacos con respuestas dicotómicas verdadero/falso. Para medir la satisfacción de la información utilizaremos el ISQ-1 autoaplicado del que usaremos los 6 ítems sobre la explicación de los distintos aspectos de la enfermedad con cuatro posibles alternativas de respuestas según el grado de satisfacción. Por su parte, para medir el grado de conciencia de la enfermedad usaremos la versión reducida de escala del SUMD (Amador et al, 1993) que proporciona una puntuación de conciencia de enfermedad global y una puntuación de conciencia de los síntomas y de atribución de los síntomas.

Además, se realizará una hoja de información para el posible paciente con los objetivos del estudio y el procedimiento del mismo y una hoja de consentimiento informado, en la que el paciente deberá firmar declarando haber sido informado del procedimiento del estudio y afirmando ser voluntario en el mismo habiendo consentido ser participante de él y facilitar sus datos para su realización.

### **Procedimiento**

Se informará al comité de ética y a la unidad de psiquiatría del Hospital Santa Faz de la realización de este estudio y se le pedirá su colaboración para llevar a cabo el proceso de selección de los sujetos participantes. Además, se le formará a los miembros de la unidad de psiquiatría sobre el tipo de información que deberán transmitir a los pacientes y cómo han de hacerlo para que sea más eficaz. Por otra parte, informaremos a los participantes de los objetivos, finalidad y procedimiento del estudio de investigación que vamos a realizar, tanto de forma oral como de forma escrita posteriormente, y se les pedirá su consentimiento para incluir y manejar sus datos debiendo el participante firmar la hoja de consentimiento informado. Tras ello, se pasará el cuestionario de selección a los pacientes que hayan sido dados de alta en la Unidad de Agudos del Hospital Santa Faz de San Juan para escoger posteriormente a aquellos que cumplan con los requisitos deseados.

Una vez seleccionados los participantes del estudio se les dividirá de forma aleatoria en dos grupos: el control y el experimental. A todos ellos se les pasará el cuestionario de adhesión (DAI-10), el de satisfacción de la información (ISQ-1) y el de conciencia de la

---

enfermedad (SUMD) y en ese mismo momento se concretará cuando será la próxima vez que tienen que acudir al hospital para su consulta trimestral de seguimiento. Allí se les pasarán de nuevo estos tres cuestionarios antes nombrados. Tras tres consultas de seguimiento y pasado un año acudiremos a la quinta y última consulta con los pacientes y se les volverán a pasar los cuestionarios DAI-10, ISQ-1 y SUMD para medir cómo han evolucionado la adherencia al tratamiento, el grado de satisfacción con la información recibida y el grado de conciencia de la enfermedad en ambos grupos.

### **Tipo de diseño y estudio**

Corresponde a un diseño experimental y a un estado longitudinal prospectivo, ya que buscamos causa-efecto. Se refiere a que mediremos una serie de variables en distintos momentos a lo largo de doce meses influyendo en la muestra de estudio que se verá dividida en grupo experimental (a los que se les dará la información que creemos conveniente) y grupo control (sobre el que no se realizará cambio alguno).

### **Análisis de los datos**

Los datos obtenidos se codificarán y analizarán mediante el PASW Statistics 18. Se realizarán análisis comparativos entre los distintos momentos de evaluación y los distintos grupos, utilizando para ello el Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95% y la escala T-Student.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

El resultado que esperamos obtener con este estudio es una mayor y más eficaz adherencia al tratamiento del grupo experimental en comparación con el control, es decir, de aquellos pacientes que hayan recibido una mayor y mejor información sobre su enfermedad y la medicación que está tomando respecto a aquellos que no la han recibido. Por tanto, podemos concluir que cuando la información que recibe un paciente con esquizofrenia sobre su enfermedad, tratamiento y efectos secundarios de los psicofármacos prescritos es completa y clara, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente aumentan.

Tras el estudio realizado respecto al tema consideramos realmente importante la relación entre el paciente y el personal sanitario en cuanto a la adherencia al

tratamiento, ya que influye directamente sobre la implicación en la toma de decisiones, responsabilidad sobre la enfermedad y las posibles alternativas que ésta presenta. Con los resultados de este estudio esperamos mejorar la calidad asistencial en pacientes con esquizofrenia referida a la información que dan los profesionales, con el fin de que los pacientes se adhieran de forma más efectiva al tratamiento y mejorar así su calidad de vida a largo plazo. Puede ser útil para estudios posteriores sobre la calidad y efectividad de la información que dan los profesionales sanitarios, y que en esta línea, se pueden ampliar las variables e incluir otros factores relacionados con la adherencia, tales como el contexto familiar, el apoyo social, el estilo de vida, la clase social, etc.

## REFERENCIAS

- Chinchilla A. (1996). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson
- A.P.A. (2002). *DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson
- Ramos Bernal, A. (2007). *Diario de una enfermedad mental: Esquizofrenia*. San Vicente: CEU.
- García Merita, M.L. (2005). *Tratando... esquizofrenia: ese desconocido mal*. Madrid: Pirámide
- Cañamares, J.M. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Lieberman, J., Scott Stroup, T., McEvoy, J., Swartz, M.S., Rosenheck, R & Perkins, D.O. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353 (23), 1209-1215.
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J. & Azcon, M.A. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería global*, (7)
- Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29 (4), 232-238.
- Martinez, R., Moreno, B & Soriano, M.F. (2004). Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 4 (2), 146-158.
- Jiménez, J.F., Maestro, J.C. & Moreno, B. (2004). Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 4 (2), 159-174.
- OMS. *Trastornos mentales*. 2006. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/es/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/es/)

National Institute of Mental Health. *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)*. 2003. Disponible en: <http://www.catie.unc.edu/>





## **Relación entre determinados factores psicológicos y la compra compulsiva**

---

**Almudena Sánchez García**

**Blanca Tornero Albertos**

**Carmen Sáez Escudero**

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es averiguar si determinados factores psicológicos pudieran ser desencadenantes del trastorno de adicción a la compra o compra compulsiva. Para ello seleccionaremos mujeres entre los treinta y los treinta y cinco años de edad que residan en la provincia de Alicante y a continuación realizaremos una valoración de los aspectos de interés; compra compulsiva, autoestima, autoconcepto, ansiedad de estado y ansiedad de rasgo. Con todo ello, pretendemos averiguar si la presencia de ciertos rasgos psicológicos en un sujeto, son indicadores de que éste se encuentra en riesgo de padecer el trastorno, para de esta forma tomar las medidas de prevención oportunas.

## INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la compra compulsiva en España, se debe a que se ha convertido en una sociedad industrializada y de consumo. Desde la década de los años 60; más aun desde los 80. Hoy la mayoría de los ciudadanos españoles pueden satisfacer algo más que sus necesidades más elementales (Quintanilla, Luna y Berenguer, 1998). Este cambio ha propiciado la aparición de numerosos estudios sobre la compra compulsiva. Una de las definiciones más consensuadas sobre la adicción a la compra es aquella que la identifica con motivaciones de compra persistentemente asaltantes y repetitivas, las cuales se perciben usualmente como irresistibles, placenteras y/o reductoras del malestar, pero que finalmente causan perjuicios al individuo y/o a otras personas (Friese, 2000; Nataraajan y Goff, 1991; O'Guinn y Faber, 1989).

Nuestra investigación centrada en la provincia de Alicante, tiene como objetivo averiguar si determinados factores psicológicos pudieran ser desencadenantes de la compra compulsiva en mujeres entre los 30 y los 35 años. De este modo podrían tomarse medidas de prevención ante ésta patología.

Hemos decidido centrarnos en mujeres ya que, tras leer ciertos artículos nos percatamos de cuanto varía la compra compulsiva de hombres a mujeres. El perfil típico es una mujer, en torno a los 30, de no importa que clase social, que ha desarrollado este hábito a fuerza de comprar ropa, zapatos, joyas... también hay hombres, aunque muchos menos, y sus preferencias se decantan por los aparatos electrónicos y las herramientas del hogar. Una vez decididas a centrarnos en mujeres, decidimos además acotar una edad donde existiese una independencia económica.

Los factores psicológico sobre los que queremos centrarnos son; autoestima, autoeficacia y ansiedad de rasgo y de estado. Revisando estudios anteriores encontramos que se constató que estas personas se caracterizan por su baja autoestima y falta de autocontrol, además de por padecer ansiedad y depresión.

La autoestima es un factor que ha sido ampliamente estudiado en el consumo patológico y a diferencia de lo que comúnmente se cree, ser un consumidor patológico no necesariamente implica tener una autoestima baja. Por ejemplo autores como O'Guinn y Faber (en Rodríguez et al., 2005) atribuyen la autoestima baja a la sensación de pérdida de autocontrol que genera en los sujetos el consumo patológico, mientras que autores como D'Astous (en Rodríguez et al., 2001) señalan que es precisamente el acto de comprar lo que constituye un acto compensador de la baja autoestima.

Por otro lado la ansiedad constituye un factor fundamental en el consumo patológico. Investigaciones como la realizada por Cole (en Rodríguez et al., 2006) así lo corroboran, posicionando a la ansiedad como uno de los factores de riesgo que se encuentran más presentes y que ocupan mayor relevancia en la adicción patológica. Además, estudios como el de Faber y Christenson (en Rodríguez et al., 2001) demuestran una correlación positiva en el aumento de ansiedad por parte del sujeto con un alza en la conducta adictiva.

A partir del concepto de compra simbólica de Helga Dittmar y Jane Beattie 1997 que intenta explicar la compra impulsiva/compulsiva a través de las teorías de la identidad social. La discrepancia entre el yo-actual y el yo-ideal fomenta la mejora personal a través del consumo. Observamos que el consumo es visto como un proceso capaz de satisfacer y construir la propia identidad de los sujetos (Luna, Puello y Botero, 2004). Por todo ello consideramos de gran importancia estudiar el autoconcepto como una variable que pueda estar en relación con la compra compulsiva.

La compra compulsiva al igual que otras patologías crece de la mano de la imparable globalización, por ello nos resulta interesante centrarnos en un estudio que nos permita predecir a partir de rasgos psicológicos factores de riesgo, puesto que ya se han realizado muchos que analizan por ejemplo el contexto, afirmando que éste influye, pero puesto que no es tan fácil cambiar el contexto ¿sería útil saber más sobre nuestros rasgos psicológicos y que podemos hacer con ellos?

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Influyen determinados factores psicológicos en la aparición de compra compulsiva?

### *Objetivo general*

-Estudiar si existe relación entre determinados factores psicológicos y la existencia de compra compulsiva.

### *Objetivos específicos*

- Observar si existe relación entre la autoestima y la compra compulsiva
- Estudiar la posible relación entre el autoconcepto y la compra compulsiva

- Observar la posible relación entre la ansiedad de rasgo y la compra compulsiva
- Estudiar si existe relación entre la ansiedad de estado y la compra compulsiva

### *Hipótesis*

- Sujetos con mayor autoestima, presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva
- Los sujetos con menor puntuación en autoconcepto, presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva
- Los sujetos que presenten mayor ansiedad de rasgo presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva.
- Los sujetos con mayor ansiedad de estado presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Los sujetos seleccionados para realizar el estudio serán mujeres residentes en Alicante que se encuentren entre los 30 y los 35 años.

El número aproximado de sujetos con el que vamos a trabajar es 150.

### **Variables**

En el estudio utilizaremos 5 variables que serán:

- Compra compulsiva*, a la que la participante referirá como compra innecesaria y descontrolada que llega a afectar su vida “normal”
- Autoestima*, valoración que el sujeto hace de sí mismo a nivel psicológico (como por ejemplo: me siento bien conmigo mismo)
- Autoconcepto*, referido como la percepción y valoración personal que el sujeto hace de sí.
- Ansiedad de rasgo*, referido como un subtipo de miedo prevalente a modo de característica de la persona.
- Ansiedad de estado*, es considerada como un subtipo de miedo de la persona ante una situación concreta.

Las variables extrañas serán; edad genero y provincia.

## **Instrumentos**

La adicción a la compra se evaluará mediante el indicador German Addictive Buying (GABI; Scherhorn et al., 1990). Este indicador consta de 16 ítems, debiendo señalar la persona su nivel de acuerdo escala de cuatro puntos; desde totalmente en desacuerdo-valor1- a totalmente de acuerdo-valor4-) con respecto a los diferentes enunciados.

Para medir la autoestima se utilizará la versión validada y traducida al español del cuestionario de autoestima de Rosenberg. Este cuestionario mide la autoestima global y está formado por 10 preguntas con cuatro alternativas de respuesta mediante una escala de Likert que va desde el "Totalmente de acuerdo"<sup>4</sup> al "Totalmente en desacuerdo"<sup>1</sup>.

Para la valoración del autoconcepto utilizaremos el listado de adjetivos(LAEA, Garaigordobil, en prensa). El listado está compuesto por 57 adjetivos (confiada, cooperativa, inteligente, feliz, sensible) y se solicita al sujeto que valore en una escala de estimación de 0 a 4 (nada-mucho) en qué grado estos adjetivos le definen o describen su personalidad.

Finalmente, para hacer la valoración psicológica de estado de ansiedad se efectuará por medio de STAI, State – Trait Anxiety inventory, el cual es un inventario para evaluar dos conceptos independientes de ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), consta de 40 ítems, 20 para cada uno de los conceptos, se trata de una escala autoaplicada y es útil para la población normal.

## **Procedimiento**

Con el objetivo de tomar una muestra representativa se acudirán a distintos centros comerciales y grandes superficies de venta distribuidos por todo Alicante.

En primer lugar, se realizará una entrevista en la que se cuestionará al sujeto por su edad, género y provincia. En caso de que coincida con el modelo que buscamos, informaremos al sujeto del carácter anónimo y confidencial del estudio tanto como su finalidad y se pasarán los cuatro cuestionarios ya comentados, que como observamos son cuestionarios que intentan ser breves y sencillos teniendo en cuenta que el cuestionario será pasado en la calle.

**Tipo de estudio y diseño**

Se trata de un estudio correlacional ya que no buscamos causa efecto y transversal puesto que será realizado en un momento concreto y no precisa de un seguimiento de los sujetos en el tiempo.

**Análisis de los datos**

Los datos obtenidos se codificarán y analizarán con el SPSS.

Realizaremos análisis descriptivos utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas.

Se realizarán análisis de comparación utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Con un nivel de fiabilidad del 95 %.

**RESULTADOS ESPERABLES**

Una vez finalizado el análisis de datos, los resultados que esperamos obtener son:

-Personas con una mayor autoestima, presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva. Esto puede ser debido a que al encontrarse bien con ellos mismos, están animados a realizar actividades como por ejemplo ir de compras, además en el caso de estas mujeres se gustan y por tanto se ven bien con diferente ropa lo que les motiva a comprarlas.

-Personas con menor puntuación en autoconcepto, presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva. En este caso las personas ven los objetos a comprar no por su función, si no por lo que se les vende que conseguirán con ellos, por ejemplo piensan que al comprar ciertos tacones la gente las verá más guapas y alcanzarán así un mayor "concepto" de si mismas.

-Personas que presenten mayor ansiedad de rasgo presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva. Personas con mayor ansiedad de estado presentarán con mayor frecuencia el trastorno de compra compulsiva. La lógica de esto se basa en que los sujetos ven la conducta de comprar como una forma de calmar su ansiedad.

## REFERENCIAS

- Quintanilla, I., Luna, R. y Berenguer, G. (1998). *La compra impulsiva y la compra patológica: el modelo cac#*. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas,s.a.
- Friese, S. (2000). *Self-concept and identity in a consumer society. Aspects of symbolic product meaning*.Marburg: Tectum Verlag.
- Natarajan, r. y Goff, B. G. (1991). Compulsive buying: Towards a reconceptualization. *Journal of Social Behavior and Personality*,6 , 307-328.
- O'Guin, T. C. y Faber, R. J. (1989). Compulsive buying: A phenomenological exploration. *Journal of Consumer Research*, 16, 147-157.
- Rodríguez, R. Otero-López, J. Rodríguez, R. (2001) *Adicción a la compra. Análisis, evaluación y tratamiento*. España: Pirámide
- Rafael Rodríguez-Villarino ; Manuel González-Lorenzo ; Ángel Fernández-González ; María Lameiras-Fernández ;Marika L. Foltz (2006). Individual factors associated with buying addiction: An empirical study. *Addiction Research & theory*, 14(5), 511-525
- Luna, R., Puello,S y Botero. M (2004). La compra impulsiva y el materialismo en los jóvenes: estudio exploratorio en estudiantes universitarios de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*. 14, 1-26.





## **Influencia de los factores psicológicos en el sobrepeso**

---

**Laura Molina Quinto**  
**Esther Martínez Ruiz**  
**José Antonio Marco Juan**  
**Cynthia Moreno Lucendo**

### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es relacionar la influencia de ciertos factores psicológicos, como la ansiedad y la impulsividad, en el sobrepeso. Se recurrirán a varios estudios relacionados con ello para obtener una base de conocimientos en cuanto al tema. Para llevar a cabo la investigación, hemos escogido una muestra de 500 sujetos, todos ellos adolescentes que cursen la E.S.O y Bachillerato. Seguiremos aplicando diversos cuestionarios a la muestra seleccionada, con el fin de lograr los objetivos y cumplir las hipótesis que nos hemos propuesto, es decir, comprobar que las variables psicológicas de nuestra investigación sí influyan realmente en el desarrollo del sobrepeso.

## INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar nuestro estudio, nos hemos planteado una cuestión: ¿por qué ha aumentado el sobrepeso en los últimos años?

Es obvio que tenemos un estilo de vida mucho más sedentario. Como los oficios normalmente están fuera de casa hacemos las comidas más importantes en sitios de comida basura en las que predominan alimentos precocinados destinados a la fritura.

Además también influyen los factores emocionales -sentimientos de aburrimiento, ansiedad, depresión, enfado- que llevan a comer sin hambre (Vera y Fernández, 1989).

Consultando diversos estudios anteriores, reunimos varias definiciones de sobrepeso todas basadas en el IMC.

Para empezar diremos que el sobrepeso se define como una acumulación de grasa, anormal o excesiva, que puede ser perjudicial para la salud, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y que tiene su origen en parte genéticamente pero sobre todo ambientalmente, normalmente se debe a una ingesta elevada de alimentos y un deficiente gasto energético.

Queremos añadir también la definición del artículo de María Nieves Vera Guerrero (1998) donde nos clasifica el grado de sobrepeso en ligero (5- 20%), moderado (20-40%), severo (40-100%) y gran obeso (+100%) (Brownell y Wadden, 1992). Además algunos autores diferencian entre sobrepeso y obesidad según se exceda más o menos de un 20% (Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990) o un 30% (Hautvast y Deurenbeg, 1987) sobre el peso ideal calculado.

Otros estudios han utilizado diferentes variables a las nuestras. Por ejemplo, el artículo de David Sánchez-Carracedo y Carmina Saldaña (1998) utiliza éstas: Externalidad, Descenso del consumo por estados emocionales negativos, Incremento del consumo por estados emocionales negativos, Patrón de Cantidad de Consumo, Tasa de Ingesta, Control de la ingesta por hambre y Regularidad de Horarios y de Lugar de Consumo. Cuyos resultados muestran que tienen sobrepeso un 13.5% (n= 82) y estos sujetos presentan de forma significativa un peor control de su ingesta por hambre que los sujetos con peso normal.

Otro trabajo que hemos tenido en cuenta por su gran amplitud muestral es el de Pilar Ramos Valverde, Fco. Rivera de los Santos y Carmen Moreno Rodríguez (2010) que trabajaron con una muestra de 21811 chicos y chicas adolescentes y en el cual se

demonstró que los varones tenían un mayor porcentaje de sobrepeso frente a las féminas, aunque se encontró que eran ellas las que se percibían más obesas, las que estaban más insatisfechas con su imagen corporal y las que realizaban con más frecuencia dietas para adelgazar.

Y hablando de este último tema de las dietas, hemos conseguido un estudio de Antonio López-Espinoza (2005) en el cual se obtienen unos resultados finales que apuntan a que cuando una persona se somete a una temporada de privación de alimentos y más tarde vuelve a comer libremente se produce un incremento de peso notable, ya que esa vuelta a los hábitos normalmente se hace con comilonas y más ingesta de bebidas por lo que se produce ese aumento como nos explica este estudio. Lo que nosotros bien podríamos denominar como el efecto yoyó.

Podemos concluir esta última parte del efecto yoyó con un artículo de Rosa María Raich Escursell (2008), en el que encontramos algo muy relacionado: el trastorno por atracón (APA, 2000) que ha estado claramente relacionado, por ser algunas veces causante, con el sobrepeso y la obesidad y por ello se ha tratado con especial interés.

El sobrepeso no es sólo un factor predictor de una posible enfermedad sino que está muy relacionado con la insatisfacción personal, una baja autoestima y problemas psicológicos mayores por lo que a la hora de hacer una intervención con estos adolescentes no sólo hay que infundirles buenos hábitos alimentarios y aconsejarles la realización de ejercicio físico para que su peso se ajuste a un sano IMC sino que hay que promover la aceptación de uno mismo, con su cuerpo y sus cualidades para no ir a problemas nutricionales mayores como podría perfectamente ser la anorexia y la bulimia.

Así pues, nuestro estudio tiene como tema central ver la relación del sobrepeso adolescente con las variables psicológicas que hemos escogido y creemos relevantes para explicar este hecho.

Hemos elegido este tema porque es una problemática actual y que afecta a un número considerable de jóvenes. Sobre todo en EE.UU. aunque cada vez más en nuestro país por lo que nos interesa saber cómo afecta a nuestra provincia de Alicante.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Qué factores psicológicos de riesgo influyen sobre el sobrepeso en adolescentes de la provincia de Alicante?

### *Objetivo general*

- Estudiar cuales son los factores psicológicos de riesgo que influyen sobre el sobrepeso en adolescentes de la provincia de Alicante

### *Objetivos específicos*

- Analizar si el nivel de impulsividad influye sobre el sobrepeso en adolescentes de la provincia de Alicante.
- Analizar el nivel de ansiedad de rasgo en adolescentes de la provincia de Alicante.
- Estudiar si el nivel de sugestionabilidad influye en los adolescentes de la provincia de Alicante con sobrepeso.
- Analizar el nivel de autoestima en adolescentes de la provincia de Alicante.

### *Hipótesis*

- Los adolescentes de la provincia de Alicante con factores psicológicos de riesgo presentarán sobrepeso.
- Los adolescentes de la provincia de Alicante con un mayor nivel de impulsividad tendrán una mayor probabilidad de presentar sobrepeso.
- Los adolescentes de la provincia de Alicante con mayor ansiedad de rasgo presentarán mayor probabilidad de sufrir sobrepeso.
- Los adolescentes de la provincia de Alicante más sugestionables presentarán mayor riesgo de sufrir sobrepeso.
- Los adolescentes de la provincia de Alicante con una mayor autoestima presentarán menor riesgo de sufrir sobrepeso.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La población a la que irá dirigida nuestra investigación será a los adolescentes entre 12 y 18 años de ambos sexos que estén cursando la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y el Bachillerato en la Provincia de Alicante. La muestra se extraerá tanto de institutos privados como públicos, y la conformarán un total de 500 sujetos.

### **VARIABLES**

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: el sexo, la edad, la nacionalidad o el país de origen de los sujetos residentes en la provincia de Alicante y el tipo de colegio (privado o público).

La variable criterio, el sobrepeso, la hemos definido como la existencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 27 y menor de 30. También se puede entender como el grado de exceso de peso no recomendado para una persona dada, según su anatomía.

Respecto a las variables predictoras, hemos utilizado el nivel de sugestionabilidad, entendido como la frecuencia con la que el sujeto se deja llevar o influenciar por opiniones ajenas.

También el nivel de impulsividad que haría referencia a la frecuencia con la que la persona ingiere comida de una forma descontrolada, una cantidad normalmente excesiva de forma rápida y desmesurada.

Aparte de la ya conocida ansiedad de rasgo, definiremos la ansiedad según nuestro estudio como la frecuencia con la que un sujeto tiene una necesidad y una dependencia de consumir alimentos.

Por último el autoestima, con lo que obtendremos de la persona encuestada la frecuencia con la que se valora a sí mismo positivamente o por el contrario negativamente.

### **Instrumento**

El instrumento que utilizaremos será un cuestionario con respuesta tipo Likert de 16 preguntas y 5 posibles respuestas para cada pregunta en cuestión (1 Nunca, 2 Alguna vez, 3 A veces, 4 Casi siempre y 5 Siempre). Dentro de éste cuestionario podemos encontrar diversas preguntas sobre los hábitos alimenticios, la predisposición a la hora de comer, autoestima, ansiedad y la sugestionabilidad. Además, también se les pide a los sujetos que nos proporcionen la talla y el peso (ver anexo).

El segundo instrumento que usaremos es uno ya construido, el Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick, TFEQ (versión castellana, Sánchez-Carracedo, D., et al., 1999), y además, el S.T.A.I de Spielberger et al., (1970) para medir la ansiedad de rasgo.

### **Procedimiento**

La muestra se recogerá de los institutos de la provincia de Alicante. Entrarán dentro de ésta aquellos que estén cursando ESO y Bachillerato (entre 12 y 18 años aproximadamente). En el cuestionario ha de responderse a las variables sociodemográficas edad, sexo y nacionalidad, y tipo de colegio (privado o público). Además también pediremos que nos faciliten la altura y el peso. Se repartirán los cuestionarios con la finalidad de medir los aspectos citados en las variables predictoras y criterio, y los alumnos deberán de manera voluntaria contestar a dicha encuesta. Visitaremos varios institutos de la provincia de Alicante, tanto privados como públicos, para obtener la información necesaria para la investigación de manera anónima, y siempre pidiendo a los sujetos sinceridad en sus respuestas. La intromisión al ritmo de clases habitual será mínima ya que apenas puede tardar unos minutos la realización de los cuestionarios. Los investigadores llevarán a cabo la aplicación del instrumento, y pedirán permiso al director de los respectivos centros educativos, antes de la intrusión.

### **Tipo de diseño y estudio.**

Se tratará de un estudio correlacional en el que queremos comprobar si las variables predictoras influyen realmente en la variable criterio y en qué grado lo hacen, sin tener que manipular las variables, es decir, con el fin de relacionar el sobrepeso con diversos factores psicológicos. No pretendemos demostrar relaciones causa-efecto. Nos sería imposible utilizar el método experimental, porque los constructos son hipotéticos o realidades no observables (ansiedad, impulsividad,...).

Al mismo tiempo, según el momento de medida, nuestra investigación será transversal, ya que solo mediremos las variables una vez, en el momento actual.

### **Análisis de los datos**

Una vez finalizado el estudio, los datos obtenidos serán introducidos en el paquete estadístico SPSS, y posteriormente analizados por el mismo. En primer lugar codificaremos los datos, y transformaremos las modalidades en números. A la hora de depurar los datos, pretendemos saber si todos los valores de nuestras variables son válidos, es decir, que no haya ningún caso perdido ni extremo. Posteriormente, comenzaremos a obtener los análisis tanto de los índices descriptivos de tendencia central como la media, mediana o moda, máximo, mínimo y rango (según la variable sea cualitativa o cuantitativa). Por otro lado, los índices de variabilidad como la desviación típica, la amplitud semi-intercuartílica, la curtosis y la asimetría. Por último, utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba de significación, y lo compararemos con el Tau-b de Kendal y  $\rho$  de Spearman.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Tras haber explicado en qué consiste el estudio que pretendemos llevar a cabo, expondremos los resultados que podríamos obtener si realizamos dicha investigación. En primer lugar, cabe destacar que la variable criterio (sobrepeso) se vería notablemente influida por la variable predictora ansiedad, ya que según Godoy (2003) en otros estudios similares se ha demostrado que es uno de los factores psicológicos más influyentes en el riesgo de los adolescentes a padecer sobrepeso.

Además, la variable criterio estará influida también por las variables sugestionabilidad, impulsividad y autoestima.

Si nos centramos en la relación entre la variable sobrepeso y la variable impulsividad, podemos decir que los adolescentes de la provincia de Alicante con mayor nivel de impulsividad tendrán más posibilidades de padecer sobrepeso, debido a que dichos sujetos serán más propensos a seguir una alimentación descontrolada y no poder llevar a cabo un régimen alimenticio.

Respecto a la hipótesis sobre la relación entre el sobrepeso y la sugestionabilidad podemos concluir que los adolescentes de la provincia de Alicante con mayor grado a modificar su comportamiento alimenticio según la influencia de su entorno, siendo sugestionable a él, presentarán mayor sobrepeso.

En cuanto a la relación entre la variable sobrepeso y la variable autoestima, podríamos esperar que los adolescentes de la provincia de Alicante que padezcan sobrepeso a su vez tenderán a no cuidarse ni quererse a sí mismos, por lo que esto repercutirá a su vez en un incremento del peso.

En conclusión, esperamos que este estudio determine una clara relación entre las variables independientes y la variable sobrepeso, siendo ésta investigación un futuro puente a la prevención del sobrepeso, o posibles terapias psicológicas para combatir este problema de actualidad, que afecta a un número considerable de adolescentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gutiérrez, Teresa, Raich, Rosa M<sup>a</sup>; Sánchez, David y Deus Joan (coords.) *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*. Psicología y Educación. Alianza Editorial.
- Godoy, C. y Fernández, E. (2003). *La obesidad infantil*. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds). Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia, 113-133. Madrid: Pirámide.
- Sánchez-Carracedo, D. y Saldaña C. (1998). Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psicothema*, 10 (2), 281-292.
- Raich Escursell, Rosa María. (2008) Los trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso *INFOCOP. Suplemento Informativo de Papeles del Psicólogo*, (36), 6-9. Univ. Autónoma de Barcelona, España.
- López-Espinoza, Antonio. (2005) ¿Son las dietas una causa del sobrepeso? Un análisis contrafáctico. *Psicothema*, Vol. 4, (1), 23-29.
- Ramos Valverde, Pilar, Rivera de los Santos, Francisco y Moreno Rodríguez, Carmen. (2010) Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, Vol. 22, (1), 77-83.
- Sánchez-Carracedo, David, Saldaña García, Carmina. (1998) Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psicothema*, Vol. 10, (2), 281-292.
- Vera Guerrero, María Nieves. (1998) El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*, Vol. 10 (1), 111-125.



Brownell, K.D. y Wadden, T.A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505-517.

Williamson, D.A., Davis, C.J. Duchman, E.G., McKenzie, S.J. y Watkins, P.C. (1990). Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa. Nueva York: Pergamon Press.

Hautvast, G.A. y Deurenberg, P. (1987). The risks associated with obesity: epidemiological studies. En A.E. Bender y L.S. Brookes (eds.), *Body weight controls* (pp. 65-71). Edimburgo: Churchill Livingstone.



## **Somnolencia en las aulas**

---

**María Mas Vidal**

**Carlos López Argüello**

**Elena Misó Gilabert**

**Elena Pérez Montoyo**

### **RESUMEN**

El objetivo principal de este estudio es determinar qué factores influyen directamente sobre la somnolencia en las aulas, además de esclarecer en qué grado influyen dichos factores. Para ello, seleccionaremos una muestra de alumnos de las titulaciones de Psicología y Derecho de 1º curso de la Universidad Miguel Hernández, a los que se les hará un corto seguimiento observacional. Al comienzo del estudio se les pasarán dos cuestionarios relacionados con somnolencia diurna y se les volverá a pasar al final del estudio. Además, estudiaremos la conducta observable en clase de los alumnos a distintas horas del día. De este modo se intentará concretar los factores que puedan influir en la somnolencia en clase.

## INTRODUCCIÓN

Todos conocemos la somnolencia y los problemas que puede presentar a la hora de atender en una clase. Sentimos esa sensación de adormecimiento y cansancio que no deja lugar a la concentración y que desvía nuestra atención de la clase en sí.

Los seres humanos vivimos lo que llamamos un ciclo circadiano con dos fases: sueño y vigilia. Este ciclo está influenciado por la presencia de luz natural, es decir, la fase de sueño se relaciona, generalmente, con la ausencia de luz natural y la fase de vigilia con las horas en las que la luz natural está presente. Además, está comprobado que las variaciones circadianas producen cambios en el rendimiento físico e intelectual debido a aspectos biológicos como la temperatura corporal o las hormonas.

Debido a lo común que es la somnolencia en las clases y lo cercano que es para todas las personas, hemos llevado a cabo este estudio, ya que todo estudiante ha sufrido, en algún momento de su trayectoria académica, esa sensación de adormecimiento tan molesta.

Principalmente, la causa más probable de la somnolencia es la falta de sueño nocturno. Los hábitos de los adolescentes han ido variando a lo largo de las últimas décadas. Actualmente, esta porción de la población está caracterizada por no dormir las horas suficientes, por la ingesta de bebidas con cafeína o alcohólicas, al igual que algunas sustancias que intervienen en el sueño de los jóvenes. Un ejemplo de lo dicho se observa en un estudio donde se afirma que la juventud se caracteriza por cansancio, somnolencia y amodorramiento, rasgos de astenia juvenil. (Alcalá, Visitación; Camacho, Manuel; Giner, Daniel; Giner, José; Ibáñez, Elena. 2006)

En un estudio sobre la Somnolencia Diurna Excesiva como factor de riesgo laboral definen somnolencia diurna como “ese estado patológico caracterizado por la incapacidad o dificultad para mantener el rendimiento psicológico, intelectual y físico, tanto en actividades laborales como de ocio” (Domich, Luka; Fernández, Ana; Gallego, Francisco; López, M<sup>a</sup> Teresa; Mellado, Francisco; Navarro, José Antonio; Sebastián, Virginia. 2000). En este estudio también se mencionan los momentos clave del bajo rendimiento, que corresponden a las horas de 13.00 a 15.00 horas y de 3.00 a 4.00 horas.

Este mismo estudio relaciona la somnolencia en adolescentes con malos hábitos y problemas de sueño, lo que afecta al aprendizaje, la memoria y la cognición, así como

también afecta negativamente al comportamiento. En este estudio fue utilizada la Escala de Somnolencia Epworth (ESS) para medir la somnolencia diurna excesiva.

A continuación, en nuestro estudio analizaremos la hipersomnia durante las horas lectivas, lo cual no conlleva graves consecuencias siempre y cuando no se presente repetidamente. Aun así, es una situación bastante habitual entre los estudiantes.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿A qué se debe la somnolencia de los alumnos en las clases?

### *Objetivo general*

Estudiar los factores que provocan la somnolencia en los alumnos durante las horas de clase.

### *Objetivos específicos*

- Analizar las posibles diferencias entre hombre y mujeres (género) a la hora de sufrir somnolencia en las clases.
- Analizar las posibles diferencias entre distintas titulaciones a la hora de sufrir somnolencia en las clases.
- Analizar las posibles diferencias entre las horas de clase matutinas (8 a 15 h) y vespertinas (15 a 21 h) a la hora de sufrir somnolencia en las clases.
- Analizar las posibles diferencias entre la cantidad de gente que acude a la clase a la hora de sufrir somnolencia en las clases.

### *Hipótesis*

- Los alumnos sufrirán mayor somnolencia en las clases que las alumnas.
- Los alumnos de ciertas titulaciones sufrirán más somnolencia que los alumnos de otras titulaciones.
- Los alumnos que acuden a clases en horas vespertinas sentirán una mayor somnolencia que los que acuden a clases matinales.
- Los alumnos que acuden a clases más numerosas tendrán mayor somnolencia que los que acuden a clases poco numerosas.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra está compuesta por alumnos universitarios de edades comprendidas entre 18 y 23 años, matriculados en la Universidad Miguel Hernández en primero de Psicología y en primero de Derecho. El total de la muestra es de 100 sujetos, 50 de cada titulación. La razón de una muestra poco numerosa se debe a que los sujetos seleccionados deben cumplir la condición de asistir a la mayoría de las clases, para poder así evaluar correctamente la somnolencia.

### **Variables**

-Somnolencia: entendemos por somnolencia como la sensación de adormecimiento durante las clases, provocado por el aburrimiento, la monotonía o el desinterés por la asignatura.

Variables sociodemográficas:

- Sexo (hombre o mujer)
- Titulación (Psicología o Derecho)
- Horario de las clases (matutino o vespertino). Consideramos matutino desde las 9h hasta las 15h y vespertino desde las 15h a las 21h.
- Cantidad de gente en clase.

### **Instrumentos**

Con intención de medir y estudiar la somnolencia en clase utilizaremos como método principal la observación y una tabla-registro en la que anotaremos todas las situaciones y comportamientos que observemos entre los estudiantes que asistan habitualmente a clase.

Colocaremos también una cámara en un lugar estratégico del aula de 1º de Derecho y otra en la de 1º de Psicología, que facilitará la observación y grabará a todos los sujetos de la muestra.

Otro método que usaremos será un cuestionario denominado Cuestionario Epworth de Somnolencia Diurna, en el que se puede medir un exceso de somnolencia diurna en una persona, y con el cual se podría establecer alguna relación con la somnolencia en las clases. A parte de este cuestionario, elaboraremos uno propio en el que intentaremos identificar alguna relación concluyente entre las variables

sociodemográficas y la variable criterio. De esta manera, conseguiremos ver de qué modo influyen unas en otras.

### **Procedimiento**

Con el fin de comenzar nuestro estudio acudiremos a la Universidad Miguel Hernández, y pediremos permiso al rector y a los profesores para llevar a cabo nuestro estudio, así como les informaremos de la finalidad y el propósito de realizar dicho análisis. Además, también se pedirá permiso a los alumnos que vayan a participar en la investigación y se les informará de la dinámica del estudio.

Obtenido el consentimiento de la universidad para realizar el estudio, nos ocuparemos de la selección de una muestra de estudiantes. La muestra estará compuesta por 50 alumnos de cada titulación, habiendo dos grupos, el grupo 1 constituido por 50 alumnos de 1º de Psicología y el grupo 2 formado por 50 alumnos de 1º de Derecho. Todos ellos deberán acudir con asiduidad a las clases, ausentándose únicamente en ocasiones puntuales.

Continuaremos observando a los alumnos durante las clases y pidiéndoles que ocupen los mismos lugares en la clase durante la realización del estudio para facilitar la observación, que completaremos con la instalación de una cámara en las aulas de 1º de Psicología y otra en 1º de Derecho. Esta cámara ocupará un lugar estratégico y grabará los lugares que ocupen los sujetos de la muestra. Se analizarán los comportamientos y situaciones, los cuales serán anotados en la hoja de registro.

Con el propósito de completar el estudio se les pasaran cuestionarios antes y después de la jornada de clases las clases con el fin de medir cómo se sienten antes y después y qué relación hay entre las variables.

### **Tipo de diseño y estudio**

El tipo de diseño que se llevará a cabo en esta investigación será el método observacional, puesto que no habrá ninguna intervención por parte de los investigadores, únicamente la observación y el registro de datos. Una ventaja de este tipo de estudio es que no se requiere de la participación de todos los sujetos, por lo que hace la investigación más factible.

Por otra parte, esta investigación corresponde a un estudio longitudinal. Trabajaremos durante un periodo de tiempo definido y con dos bloques de información como son los sujetos que, o bien, cursen 1º de Psicología; o bien, cursen 1º de Derecho.

### **Análisis de los datos**

Los datos serán codificados y analizados mediante el programa SPSS.

Los análisis descriptivos que se llevarán a cabo dependerán de los resultados obtenidos. Si se trata de una distribución de los datos simétrica, podremos utilizar la media como índice de tendencia central. Sin embargo, en nuestro caso, al encontramos con una muestra pequeña, lo más probable es que tengamos que utilizar como índices de tendencia central la moda y la mediana, debido a que los resultados se presentarán de forma asimétrica. Como índice de posición, por tanto, emplearemos la amplitud semi-intercuartil, ya que éste no se ve tan afectado por casos extremos o asimetrías.

También se realizarán análisis de comparación entre los distintos momentos de la evaluación y entre los distintos grupos de sujetos. Para ello, recurriremos al método de la t de Student.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Inicialmente, con respecto al hecho de que se trate de un alumno o una alumna, esperamos que los alumnos sientan un mayor grado de somnolencia que las alumnas. En este caso, nuestra hipótesis únicamente está basada en prejuicios sociales más que en estudios científicos relacionados. De la misma manera que, generalmente, se dice que las mujeres tienen un mayor éxito escolar sin una comprobación científica de esto, se dice que los hombres tienen una mayor probabilidad de sentir somnolencia en una clase.

Por otro lado, consideramos que los alumnos de 1º de Derecho sentirán un mayor grado de somnolencia que los alumnos de 1º de Psicología por la temática de sus clases. Debido a que la carrera de Derecho tiene más créditos teóricos que la de Psicología creemos que eso será un factor de aumento de la somnolencia en sus clases. Además, consideramos que el contenido teórico de las clases de Derecho es más aburrido y monótono que el de las clases de Psicología.

Con respecto al horario de las clases, esperamos que los alumnos que vayan a clase en un horario vespertino sientan mayor somnolencia que los que acuden en horario



matutino. Esto lo esperamos así porque el horario vespertino empieza a las 15h y esta hora puede ser crítica, puesto que se puede producir un aumento del sueño por diversos motivos. El principal motivo es que muchas comidas –sobre todo si son grasas- inducen un estado de somnolencia superior al habitual. Además, debido a la costumbre española de “echar la siesta”, algunos alumnos de horario vespertino podrían sentir tentación o añoranza de un rato de descanso después de la comida.

Por último, hemos considerado que en clases con un alto grado de asistencia o gran cantidad de alumnos, la somnolencia será mayor. Esto lo esperamos así porque al haber más gente, el alumno cree, inconscientemente, poder camuflarse mejor. Además, un elevado número de alumnos puede ser un distractor de la atención. Esto es porque, al haber mucha gente, hay murmullos y conversaciones entre los compañeros con mayor abundancia.

Sin embargo, aunque se obtuvieran estos resultados esperables, hemos de declarar que nuestros datos no podrían generalizarse debido a lo específico de la muestra. Para poder hacerlo deberíamos realizar nuevamente el estudio, ampliándolo a alumnos de más carreras y más universidades, además de conformar un grupo más numeroso de gente.

## REFERENCIAS

Clínica Universidad de Navarra. Pruebas diagnósticas: estudios del sueño. 2008.

Disponible en: <http://www.cun.es/areadesalud/pruebas-diagnosticas/estudios-del-sueno/>

ViaClínica . “Somnolencia” es grave en la adolescencia: dos encuestas de 3235

estudiantes canadienses. 2006. Disponible en:

[http://viaclinica.com/article.php?pmc\\_id=1464124](http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1464124)

Ibermutuamur. Somnolencia diurna excesiva: factor de riesgo en el ámbito laboral.

Disponible en:

[http://www.ibermutuamur.es/revista\\_bip\\_antigua/35/pdf/PrevencionSalud\\_35.pdf](http://www.ibermutuamur.es/revista_bip_antigua/35/pdf/PrevencionSalud_35.pdf)

Alcalá, Visitación; Camacho, Manuel; Giner, Daniel; Giner, José; Ibañez, Elena.

(2006). Afectos y género. *Psicothema* 2006, 18 (1), 143-148.

Miró Morales, Elena; Ibáñez, María Angeles; Catena, Andrés; Buela-Casal, Gualberto. (2004). Influencia del patrón de sueño en la vigilancia, la activación y el rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2004, 57 (1), 35-47.

## **Relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales**

---

**Raquel Sánchez Fenoll**

**Elsa Correas Juan**

**Luis Soria Deltell**

### **RESUMEN:**

En este estudio observaremos si existe relación entre las promociones y el consumo de alcohol. Para ello, seleccionaremos una muestra de aproximadamente 100 sujetos, a los que se les pasará una encuesta. Los sujetos que forman la muestra pertenecerán a un instituto de Educación Secundaria (14-18 años) y a la Universidad (19-30 años). Las respuestas se realizarán a través de una escala tipo Lickert, con valores que varían del 1 al 10, en el que el 1 significa totalmente en desacuerdo, y el 10, totalmente de acuerdo.

Los resultados mostrarán que hay una mayor relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales en el primer rango de edad (14-21 años). Los datos obtenidos podrán ser significativos, tanto para estudios posteriores, como para los de salud pública, ya que, al tener consciencia del grado de dependencia de las promociones sobre el consumo, se podrán llevar a cabo actividades con las que los jóvenes adquieran competencias.

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo en la adolescencia se ha convertido en un problema de gran relevancia. Esto ha creado una alarma social, ya que la edad de inicio de consumo de alcohol ha disminuido notablemente, y hoy en día se sitúa entre los 14 y 16 años. Ello se debe a la carencia de información entre los jóvenes, y al hecho de que éstos minimicen las consecuencias que provoca. A su vez la falta de concienciación hace que los jóvenes se inicien cada vez más pronto en esta práctica, y no tengan en cuenta los riesgos que dicho consumo conlleva, ya que para ellos, la percepción del riesgo ante el alcohol es menor que para otras drogas.

Nos encontramos ante un problema de Salud Pública, pero con importantes implicaciones para los Servicios de Salud, Bienestar Social, Empleo, Tráfico, etc. Este problema está reforzado por diversos factores de riesgo muy relacionados con el consumo de alcohol como son: la presión del grupo, disminución en la autoestima (autoconcepto y autoeficacia), desintegración familiar, la creciente necesidad de autonomía, rechazo a la protección adulta, estrés, cambios asociados al desarrollo... Además, podemos decir que el consumo de alcohol en los jóvenes se caracteriza por:

- Consumo principalmente de fin de semana, buscando la evasión de la rutina.
- Se da especialmente en lugares de encuentro y diversión, buscando una mejora en la comunicación con los demás, y una mayor integración en el grupo.
- A medida que aumenta la edad y el consumo, éste se traslada al grupo de amigos, buscando su identidad y construyendo su personalidad entre sus iguales, el grupo. De esta manera, la cantidad de alcohol consumida por un adolescente depende de la cantidad que ingieran sus compañeros, por lo que el dominio del consumo, está afectado por la presión grupal.

Según un estudio realizado entre 1988 y 1993, el número de bebedores entre los jóvenes de 15 a 16 años ha descendido drásticamente, pasando de un 53% a un 29,8%. En cambio, aunque haya un menor consumo, en comparación con otros estudios, la cantidad de alcohol consumido por aquellos que han seguido bebiendo, se ha incrementado.

Por otro lado el consumo de alcohol puede ser el inicio de otras conductas adictivas, pasando desde el tabaquismo, hasta el consumo de drogas ilegales. Pasando de un consumo simple a un policonsumo (Jiang Yu, William, Williford. 1994).

De la misma manera, un estudio realizado en 2001, nos muestra que el alcoholismo influye de manera determinante en los accidentes de tráfico, de hecho fue el principal responsable del 5% de todas las muertes en la CAPV (Comunidad Autónoma del País Vasco), siendo la causa principal del 29% de la muertes producidas como consecuencia de accidentes de todo tipo.

Según la Encuesta de Salud de la CAPV, (Encuesta de Salud, 2002), el 5% de la población de entre 16 y 24 años era gran bebedor y bebedor excesivo, y el 80,8% bebedor ocasional y moderado.

El estudio realizado en la UPV (Universidad Pública del País Vasco) indica que el patrón de consumo de los jóvenes es anglosajón, de abstinencia semanal y consumo en fines de semana y fiestas, como habíamos expuesto anteriormente. Es un consumo que se da preferentemente en compañía de los amigos y destaca el fenómeno del “jueves estudiantil” (Zupiria, 2000).

Por último destacar que es necesario un mayor control respecto a la oferta y demanda de bebidas alcohólicas, así como de la publicidad (regalos, fiestas promocionales, happy hour...), ya que todo esto da lugar a una mayor accesibilidad por parte de los jóvenes a la compra y consumo de alcohol. Por ello, el objetivo de este trabajo es estudiar la posible relación entre el consumo de alcohol, y las fiestas promocionales.

## **OBJETIVOS**

*Pregunta problema:*

¿Existe relación entre el consumo de alcohol, y las fiestas promocionales?

*Objetivo general:*

Estudiar la relación entre el consumo de alcohol, y las fiestas promocionales.

*Objetivos específicos:*

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y los regalos en el grupo de edad de 14 a 21 años.

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y los regalos en el grupo de edad de 22 a 30 años.

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y la happy hour en el grupo de edad de 14 a 21 años.

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y la happy hour en el grupo de edad de 22 a 30 años.

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y las promociones dos por uno en el grupo de edad de 14 a 21 años.

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y las promociones dos por uno en el grupo de edad de 22 a 30 años.

#### *Hipótesis:*

-Si los regalos se eliminan, el consumo de alcohol se reducirá en el grupo de edad de 14 a 21 años.

-Si los regalos se eliminan, el consumo de alcohol se reducirá en el grupo de edad de 22 a 30 años.

-Si la happy hour se elimina, el consumo de alcohol se reducirá en el grupo de edad de 14 a 21 años.

-Si la happy hour se elimina, el consumo de alcohol se reducirá en el grupo de edad de 22 a 30 años.

-Si las promociones se eliminan, el consumo de alcohol se reducirá en el grupo de edad de 14 a 21 años.

-Si las promociones se eliminan, el consumo de alcohol se reducirá en el grupo de edad de 22 a 30 años.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Los sujetos que seleccionaremos para realizar el estudio serán hombres y mujeres clasificados en función de dos grupos de edad, que cumplan los siguientes criterios:

Un grupo con edad comprendida entre 14 y 21 años, y otro grupo, cuya edad está entre los 22 y 30 años, pertenecientes a la ciudad de Alicante. El número de participantes que compondrán la muestra en nuestro estudio, será aproximadamente de

---

100 personas. Por otro lado, analizaremos tanto a estudiantes, trabajadores, como desempleados, sin tener en cuenta el estado civil.

Un criterio de exclusión de participantes será estar bajo tratamiento, para la adicción u otras drogas.

### **Variables**

-Consumo de alcohol: con esta variable cuantitativa, pretendemos medir la cantidad de alcohol que consumen los sujetos de nuestro estudio, además del inicio de dicho consumo, en función de los grupos de edad establecidos anteriormente (14- 21 años y 22-30 años).

-Fiestas promocionales: como promociones entendemos todas aquellas estrategias (regalos, happy hour y 2 x 1) que incitan y promueven la comercialización y el consumo de alcohol, consiguiendo nuevos bebedores, aumentando, o cuanto menos manteniendo el consumo de los bebedores fijos.

-Variables extrañas: género. Extraeremos una muestra homogénea de chicos y chicas, es decir, una muestra que contenga el mismo número de sujetos de ambos sexos (50 chicos y 50 chicas).

### **Instrumentos**

Se realizará un cuestionario de selección heteroaplicado por parte de los investigadores para incluir a los participantes en el estudio (Anexo 1). En este cuestionario aparecerán tres ítems para cada tipo de fiesta promocional a la que hacemos referencia en nuestro estudio (regalos promocionales, happy hour y promociones 2\*1), relacionados con las costumbres que presentan los encuestados, sus hábitos de consumo de alcohol. Las respuestas se realizaran a través de una escala tipo Licket, con valores que varían del 1 al 10, en el que el 1 significa totalmente en desacuerdo, y el 10, totalmente de acuerdo. El objetivo de la encuesta es conocer la relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales.

### **Procedimiento**

En primer lugar, hablaríamos con el director de los centros a los que nos vamos a dirigir con el objetivo de realizar nuestro estudio, para tener el consentimiento por parte de los responsables. Posteriormente se informará a los participantes de la finalidad

y el proceso del estudio que vamos a realizar, y se les pedirá su autorización para utilizar sus datos en nuestra investigación. El estudio se llevará a cabo mediante un cuestionario formado por tres ítems para cada tipo de fiesta promocional (regalos promocionales, happy hour y promociones 2\*1), con una escala que varía entre 1 y 10. La encuesta se pasará en un instituto de educación secundaria (14 a 18 años) y en la universidad (19 a 30 años). Con esta encuesta lo que pretendemos es estudiar la influencia de las ofertas promocionales y los hábitos de consumo de alcohol, en función de los rangos de edades establecidos anteriormente (de 14 a 21 años, y de 22 a 30 años). El cuestionario lo pasarán los investigadores que lleven a cabo el estudio sobre la relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales.

### **Tipo de diseño y estudio**

Corresponde a un diseño observacional y a un estudio transversal, ya que registraremos una sola medida. Se refiere a que mediremos una serie de variables en un único momento. Y en cuanto al diseño, diremos que será observacional ya que los datos provienen de un ambiente natural, y no intrusivos.

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos a través de la encuesta realizada a los sujetos, se codificarán y analizarán con el SPSS. Realizaremos análisis descriptivos utilizando medias, varianzas y desviaciones típicas. Para ello, compararemos los resultados obtenidos a través de la encuesta, entre los distintos tipos de promociones y los grupos de edad establecidos, mediante la T-Student para comparar las medias y Chi cuadrado para comparar las frecuencias, con un intervalo de confianza del 95%.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Si los datos recogidos en las encuestas son claros, podremos establecer la relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales en los rangos de edades establecidos. Así mismo, veremos que hay una mayor relación en el primer rango de edad (de 14 a 21 años). Por ello, será necesario establecer una serie de medidas y decisiones que pongan solución al problema encontrado: el aumento en el consumo de alcohol debido a las promociones (sobre todo en adolescentes). Creemos que los datos



obtenidos pueden ser significativos, tanto para estudios posteriores, como para los de salud pública, ya que, al tener consciencia del grado de dependencia de las promociones sobre el consumo, se podrán llevar a cabo actividades con las que los jóvenes adquieran competencias sociales y personales para resistir a las presiones del grupo, y que puedan disfrutar de su autonomía con unos límites razonables. Además, se podrán incluir otros factores relacionados con la adherencia, como el apoyo social, estilo de vida, clase social, etc. Dichos factores influirían de manera determinante en la relación entre el consumo de alcohol y las fiestas promocionales.

Con esta investigación se llegará a la conclusión de la relación entre las fiestas promocionales y el consumo de alcohol, la cual es de gran importancia, ya que, los jóvenes potencian el consumismo de dicha bebida, recibiendo a su vez regalos insignificantes para que todos estos se dediquen a aumentar su compra.

Todo ello, se debe a un factor muy importante como viene siendo la sociedad de consumo, que cada vez más, ha ido fomentando el consumo de alcohol, con anuncios subliminales y publicidad engañosa que siempre hace caer a todos aquellos que no tienen la suficiente madurez. Por lo tanto, cabe afirmar que no sólo se debe a la sociedad de consumo sino a la sociedad en general, que no cumple con la misión más importante, que sería impedir toda esa clase de acontecimientos en los que se fomenta el consumismo de bebidas alcohólicas, además de no permitir la publicación de tantos anuncios relacionados con ello (bien en revistas o en televisión), ya que los más jóvenes pueden acceder a estos con total facilidad, y sobre todo, asegurarse con las medidas necesarias, de que en todos aquellos establecimientos en los cuales permiten la venta de bebidas alcohólicas, se pongan firmes todos los empleados y cumplan con la ley, es decir, no venderla si estos no tienen 18 años.

## **REFERENCIAS**

Teresa Robledo, Isabel Garcia Garcia, Jesus Rubio Colavida e Isabel Espiga Lopez.

Los jóvenes españoles y el alcohol. 1994. Disponible en:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=713>

Zupiria X. Consumo de alcohol en jóvenes de la Universidad del País Vasco. 2000.

Disponible en:

[http://www.ehu.es/xabier.zupiria/artikuluak/2007enfermeria\\_clinica\\_2007\\_marzo\\_abril%20\(2\).pdf](http://www.ehu.es/xabier.zupiria/artikuluak/2007enfermeria_clinica_2007_marzo_abril%20(2).pdf)

Jiang Yu P, William R, Williford P. Alcohol, Other Drugs, and Criminality: A Structural Analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20:373-393.

Encuesta de Salud 2002. Departamento de Sanidad. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.

## **Automedicación y estrés en médicos internos residentes**

---

**Alba Barberá Muñoz**

**Anisha Lakshmi Benavent Rodríguez**

**Sara Blázquez Aparicio**

**Sabrina Díaz Font**

### **RESUMEN**

La automedicación es un acto habitual en la sociedad española, y así mismo, en los profesionales sanitarios de nuestro país. Con el objetivo principal de establecer una relación entre la práctica de automedicación en los médicos internos residentes (MIR) y el nivel de estrés que éstos padecen, hemos decidido realizar un estudio correlacional. En él, se pretende determinar cuáles son las sustancias a las que dichos profesionales recurren para combatir el estrés al que están sometidos en su ejercicio diario y lograr así relacionar la conducta de automedicación medida con el Cuestionario de Consumo de Sustancias con la puntuación obtenida en la escala de medición EAE. Para ello se seleccionará una muestra aleatoria de 200 médicos internos residentes del Hospital General Universitario de Alicante.

## INTRODUCCIÓN

Es habitual entre la población, adoptar como verdadera la creencia de que los profesionales sanitarios son un ejemplo a seguir en cuanto a cómo llevar una vida saludable, y tal vez el estilo de vida que pueden llevar no dista tanto del que adopta cualquier persona. La automedicación es un problema actual existente en la sociedad, además de ser un fenómeno que aparece constantemente a lo largo de la historia. Según el artículo publicado en la revista *LiberAddictus* por Romaní y Comelles (1999), “la automedicación representa un problema técnico que apareció alrededor de 1960, al reconocerse sus riesgos iatrogénicos, además del crecimiento no previsto del consumo farmacéutico”, afirmación que contrasta con la mayor parte de la literatura biomédica, que sugiere que la automedicación es un fenómeno reciente.

La automedicación se define como “el comportamiento por el que una persona recurre por su propia iniciativa a un medicamento, una sustancia de la que espera un efecto farmacológico beneficioso para su salud con vistas a una prevención primaria, una mejoría de su estado o de su rendimiento, el alivio de sus síntomas o una modificación en la evolución de la enfermedad que le afecta” según formuló el profesor Thierry Buclin, perteneciente a la División de Farmacología del Hospital Universitario de Lausana (Suiza), en el año 2001. El concepto de automedicación se puede aplicar también al uso de todo tipo de sustancias químicas y psicotrópicas que pueden provocar una dependencia (alcohol, tabaco, opiáceos, estimulantes, etc.).

Definimos el estrés como “la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o enfrentarse a ella de manera violenta. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo humano, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular” (Fernández Aguado, Urarte y Alcaide, 2008).

Algunos de los factores que pueden conducir a la práctica de automedicación por parte de los médicos internos residentes son la carga excesiva de trabajo, la presión laboral, un fácil acceso a los fármacos, largas jornadas laborales, estrés, inseguridad en el puesto de trabajo, la falta de cumplimiento de las expectativas y objetivos propuestos, así como la sensación de fracaso profesional y personal.

Existen pocos estudios que hayan investigado sobre esta cuestión. Uno de ellos es la tesis realizada por Emilio Rafael Martínez Muro, que trata sobre el estrés en

estudiantes de medicina en la Universidad de Alicante en 1997. En él se recoge información sobre los estresores principales que afectan negativamente a los hábitos de salud de dichos estudiantes. Este estudio hace referencia a los datos obtenidos por Piko et al. (1995) “observan que los estudiantes de medicina presentan síntomas psicósomáticos en respuesta a situaciones de estrés mantenido [...]. Concluyen que a más estrés más síntomas psicósomáticos y, por ende, peor salud autopercibida”.

Otro de los trabajos encontrados acerca de la automedicación en personal de enfermería, llevado a cabo por Eva Tizón Bouza y Rebeca Vázquez Torrado, en el Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide - Profesor Novoa Santos, de A Coruña, en 2006, define la automedicación como “una de las expresiones más modernas de la necesidad humana de velar por el mantenimiento de la salud”, donde destaca que el 85.6% de las enfermeras se posiciona a favor de una automedicación responsable para procesos leves.

Por último, remarcaremos el estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, de la República Argentina, por Natalia Silvana Aráoz Olivos et al., en 2009, donde se pretende conocer la actitud favorable o desfavorable de los estudiantes del internado rotatorio. De él se desprende la conclusión de que el 2.30% habían consumido psicofármacos sin prescripción médica.

Tras conocer estos datos, hemos decidido realizar un estudio para averiguar el nivel de automedicación y consumo de sustancias psicotrópicas por parte de los médicos internos residentes (MIR), así como la relación de esta práctica con el nivel de estrés que alcanzan estos profesionales durante su período de residencia.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Los médicos internos residentes recurren a la automedicación para combatir el estrés?

### *Objetivo general*

–Determinar la correlación entre nivel de estrés y automedicación/consumo de drogas en los médicos internos residentes.

### *Objetivos específicos*

- Identificar la prevalencia de automedicación referida a los médicos internos residentes del Hospital General Universitario de Alicante.
- Determinar la correlación entre nivel de estrés y consumo de alcohol.
- Determinar la correlación entre nivel de estrés y consumo de tabaco.
- Determinar la correlación entre nivel de estrés y automedicación
- Determinar la correlación entre nivel de estrés y consumo de drogas.

### *Hipótesis*

- El personal MIR tendrá un nivel de automedicación superior a la media poblacional.
- Los residentes con mayor nivel de estrés consumirán más alcohol.
- Los residentes con mayor nivel de estrés consumirán más tabaco.
- Los residentes con mayor nivel de estrés tendrán un nivel superior de automedicación.
- Los residentes con mayor nivel de estrés tendrán un nivel superior de consumo de drogas.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra será de 200 participantes seleccionados aleatoriamente con una equitativa proporción de hombres y mujeres. Las características de los integrantes serán:

- Ser médico interno residente en el Hospital General Universitario de Alicante.
- Tener edades comprendidas entre 23 y 35 años.

### **Variables**

Las variables identificadas son, por un lado, el estrés y por otro, la automedicación.

- Automedicación: consumo de sustancias psicotrópicas sin prescripción médica por parte de los MIR del Hospital General Universitario de Alicante. Esta variable será evaluada mediante el Cuestionario de Consumo de Sustancias.

- Estrés: respuesta del organismo que presentan los MIR ante situaciones de trabajo excesivo o algún tipo de presión laboral. Esta variable será evaluada mediante la Escala de Apreciación del Estrés.

## **Instrumentos**

Los instrumentos que utilizaremos para nuestra investigación serán los siguientes. Por un lado, la Escala de Apreciación del Estrés (EAE), cuyo propósito es conocer el peso de distintos acontecimientos en la vida de los sujetos y por otro, el Cuestionario de Consumo de Sustancias (CCS), el cual pretende cuantificar el consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos y drogas (ver Anexo).

## **Procedimiento**

Con el objetivo de obtener una muestra significativa del personal médico interno residente, contactaremos con el Director Médico del Hospital General de Alicante, el cual nos facilitará el acceso a dicho personal, para la aplicación de las pruebas de medición.

El proceso comenzará en Octubre de 2010 y finalizará en Abril de 2011, con una muestra de 200 participantes. Se crearán distintos grupos de forma aleatoria con el mismo número de hombres y mujeres, con el fin de conseguir una muestra lo más homogénea posible, tratando así de eliminar los posibles sesgos y variables extrañas.

El proyecto se llevará a cabo por las cuatro investigadoras que firman el presente estudio, las cuales se reunirán con los participantes a los que se les dará una serie de instrucciones, donde se les explicará en qué consisten los cuestionarios y cómo rellenarlos. Así mismo, se les aclarará la confidencialidad de los mismos. Se comunicará la posibilidad de preguntar sobre alguna duda que les pudiese surgir, y sobre el tiempo del que dispondrán para la cumplimentación de cada uno de los cuestionarios.

## **Tipo de diseño y estudio**

El estudio que se realizará será de tipo correlacional, ya que lo que se pretende es examinar la relación entre la variable automedicación y la variable estrés. El diseño es de tipo transversal, por tanto se realizará una única medida. Los datos serán recogidos desde Octubre de 2010 hasta Abril de 2011. Este tipo de diseño escogido, será el más adecuado para obtener información directa de los participantes, mediante la cumplimentación de los cuestionarios establecidos. Con el estudio de estas dos variables, se pretende conocer por un lado, si los sujetos practican la automedicación y por otro, si sufren estrés laboral y la posible relación entre ambas variables.

### **Análisis de los datos**

El análisis estadístico de los datos obtenidos por la muestra en los diferentes instrumentos de medición, se llevará a cabo mediante el coeficiente de correlación Spearman-Brown, ya que es un excelente método para calcular la correlación entre dos variables. Con este método evaluaremos las tendencias en la relación de automedicación y estrés en los MIR. Tras codificar y analizar los datos con el SPSS, realizaremos un análisis descriptivo de la muestra, la cual, se ha intentado que sea lo más representativa y homogénea posible.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Tras la aplicación de los métodos desarrollados anteriormente, los resultados esperables serían los siguientes. Por un lado, los MIR obtendrán una puntuación medio-alta en las escalas de medición de estrés, debido al ritmo de trabajo, a las exigencias del puesto y otros factores de carácter personal tales como la autopercepción y las relaciones personales, entre otros. Por otro lado, el personal MIR tendrá un nivel alto de automedicación, donde se incluirían las sustancias psicotrópicas tales como psicofármacos, alcohol y tabaco como recurso para combatir el estrés, consumiendo más sustancias de tipo estimulante que de tipo relajante, debido a la necesidad de hacer frente sus condiciones laborales.

### **REFERENCIAS**

- Buendía Vidal, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Burns, N. y Grove, K. S. (2004). *Investigación en Enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Carrasco Garrido, P., Jiménez García, R., Hernández Barrera, V. y Gil de Miguel, A. (2008). Factores predictivos del uso de automedicación entre la población española adulta. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 17(2), 193-199.
- Caupena Sarabia, G., Palomo Nicolau, A., Junquero Valle, A. y Abellán Vidal, M.T. (2003). Depresión psicótica inducida por abstinencia de sustancias. *Psiquiatría Biológica*, 10 (2), 61-2.
- Fernández Aguado, J., Urarte, M. y Alcaide, F. (2008). *Patologías en las organizaciones*. Madrid: LID Editorial Empresarial.



- Martínez Muro, E. R. (1997). *Evaluación del estrés en estudiantes de medicina*. Tesis doctoral. Manuscrito sin publicar. Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Romaní, O. y Comelles, J. M. (1999). Automedicación y dependencia: Las contradicciones ligadas al uso de psicotrópicos en las sociedades contemporáneas. *LiberAddictus*, 33 (1), 1-11.
- Tizón Bouza, E. y Vázquez Torrado, R. (2006). Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 16(4), 210-213.



## **Determinantes en el paso de jugador social a jugador patológico en máquinas tragaperras**

---

**Iván Fernández Martínez**  
**Pedro Abel González Sempere**

### **RESUMEN**

Este estudio pretende estudiar el paso de ser un jugador “social” a ser un jugador patológico. Se reclutarán X participantes españoles de entre 20 y 40 años usuarios de máquinas tragaperras. Los participantes serán incluidos en 3 categorías según el cuestionario breve de diagnóstico del juego patológico de la F.A.J.E.R. (Federación andaluza de jugadores de azar rehabilitados), dichas categorías son: jugador social, jugador abusivo y jugador patológico. El objetivo principal de este estudio es determinar los factores de riesgo que propician a que un jugador social acabe siendo patológico. Entendemos que para que un jugador llegue a ser patológico pueden existir unos factores de riesgo tales como: el consumo de alcohol, el padecer algún tipo de trastorno psicológico, la disposición de tiempo libre y la posesión o disposición de dinero por parte de los sujetos.

## INTRODUCCIÓN

La Ludopatía o Juego Patológico, es una forma de adicción psicológica al juego (Echeburúa y Coral, 1994). Dentro de la Ludopatía vamos a distinguir entre dos tipos de jugadores:

Por un lado, tenemos el jugador Social y por otro lado, el jugador Patológico.

El primero, será quien juegue por entretenimiento (González, 1989). Tendrá control interno sobre el juego, sabrá cuándo juega y cuánto dinero gasta y no abandonará nada por el juego.

El segundo, sufrirá un trastorno del control de los impulsos. Será el juego quien le controle a él y organizará su vida, en detrimento del resto de sus responsabilidades sociales y personales.

Sabemos que este trastorno lo sufren tanto hombres como mujeres, pero según estudios recientes en los tratamientos contra la ludopatía hay 9 hombres por cada mujer. El hombre supone el 70% de afectados por el juego patológico. Además, a la mujer le atrae más el *bingo*, mientras que al hombre le atraen las *tragaperras* (Echeburúa y UPV, Ekintza Dasalud). Nuestro estudio se centrará exclusivamente en el sexo masculino. Atendiendo a otros estudios realizados vemos como se llegó a conclusiones que señalan que existe un 2% de la población adulta y adolescente directamente afectados por la ludopatía (Brieva Jesús, 2006)

Además, para hacernos una idea de la magnitud de este trastorno, nos podemos apoyar en unos datos de 2005 (Ramos J, 2005) que señalan en una población de alrededor de 42.000.000 de habitantes, una población afectada de 1.300.000 habitantes aproximadamente.

El juego patológico puede ser provocado por varios tipos de juegos como los de video, bingos, máquinas tragaperras, carreras de caballos, casinos, etc. (Espinoza.s Luis, 2009).

Así, vamos a centrarnos en las máquinas tragaperras, considerado el juego que más fácil crea adicción. La dinámica de su funcionamiento contribuye a que la conducta resulte difícil de extinguir, además, existen diversos factores como: el intervalo de tiempo que transcurre entre la apuesta y el resultado; estímulos como luces y música; claves que facilitan la percepción ilusoria de control como apretar botones o escoger el número de jugadas o cruces; se puede jugar solo, no hay que competir con nadie; el premio dado es muy grande en relación a las pequeñas apuestas; por último, muchas

veces el premio es entregado en monedas “pequeñas” lo que crea la ilusión de la magnitud del premio. (Espinoza Luis, 2009).

La ludopatía es un tema que ya lleva varios años siendo actualidad en la sociedad de hoy. Por otra parte, ha sido objeto de estudio y tema de gran interés para científicos e investigadores. Muestra de ello puede ser la gran cantidad de trabajos de investigación y datos que podemos encontrar abordando este tema.

Pese a esto, no hemos encontrado ningún estudio de ningún autor que aborde de forma clara los factores que llevarán a un sujeto que podemos denominar jugador social a ser un jugador patológico en lo que respecta al juego en máquinas tragaperras exclusivamente.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Qué factores influyen en que una persona que hace uso ocasional de las máquinas tragaperras pase a hacer un uso compulsivo de ellas?

### *Objetivo General*

Estudiar los factores que incitan a un jugador de máquinas tragaperras “social” pasar a ser un jugador patológico.

### *Objetivos específicos*

- Estudiar la relación entre el consumo de drogas y el paso de ser un jugador social a ser un jugador patológico de las máquinas tragaperras.
- Estudiar la relación entre el padecer algún tipo de trastorno psicológico y el paso de ser un jugador social a ser un jugador patológico de las máquinas tragaperras.
- Estudiar la relación entre el hecho de disponer de tiempo libre y el uso más dependiente del juego en máquinas tragaperras.
- Investigar la influencia de la disposición de dinero en efectivo en el paso de ser un jugador social a ser un jugador patológico de las máquinas tragaperras.

### *Hipótesis*

El sujeto jugará con más asiduidad a mayor consumo de alcohol.

El sujeto que padezca algún tipo de trastorno psicológico tendrá más posibilidades de convertirse en un jugador patológico.

Si un sujeto disfruta de más tiempo libre, tendrá tendencia a jugar con mayor frecuencia

Si un sujeto está en posesión de dinero, tenderá a emplearlo en el juego

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Los sujetos que seleccionaremos para realizar el estudio serán hombres y mujeres que cumplan los siguientes requisitos:

Edad comprendida entre 20 y 40 años; usuarios de máquinas tragaperras (sociales o patológicos); situación laboral de desempleo o paro.

Quedarán excluidos de la muestra aquellos sujetos que hayan sido diagnosticados de Ludopatía, así como aquellos sujetos que estén bajo algún tipo de tratamiento psicológico.

Los sujetos serán categorizados en 3 modalidades (jugador social, jugador abusivo y jugador patológico) según sus resultados en el cuestionario breve de diagnóstico del juego patológico de la F.A.J.E.R.

### **Variables**

- *Frecuencia de juego*: Entendemos por frecuencia de juego la asiduidad y frecuencia con la que el sujeto juega a las máquinas tragaperras.

- *Consumo de drogas*: Con esta variable se pretende controlar el consumo o no consumo de psicoactivos por parte del sujeto.

- *Trastornos psicológicos*: Entendemos trastornos psicológicos como un comportamiento anormal del sujeto diagnosticado por un profesional de la salud mental.

- *Tiempo libre*: Entendemos por tiempo libre las horas de las que el sujeto dispone para realizar la actividad o actividades libres. Es un tiempo en el cual el sujeto carece de obligaciones.

- *Tenencia de dinero*: Entendemos por tenencia de dinero, el hecho de que el sujeto lleve consigo dinero pudiendo disponer del mismo.

### **Instrumentos**

Se utilizará el Cuestionario de Juego Patológico de FAJER (Salinas y Roa, 2001) para la evaluación del juego patológico. Dicho cuestionario está compuesto por 20 ítems que pueden aportar información relevante para la investigación como las relaciones familiares, las conductas agresivas...

También se utilizarán 4 ítems elaborados de forma independiente (ANEXO I).

Dichos ítems evalúan las variables *consumo de drogas*, *trastorno psicológico*, *tenencia de dinero* y *tiempo libre* respectivamente.

Las variables consumo de drogas, trastorno psicológico y tenencia de dinero son variables dicóticas por lo que sólo tienen 2 opciones de respuesta (sí o no) mientras que la última variable, tiempo libre, se mide con una escala likert de 1 a 5 (1 es muy poco y 5 es muchísimo).

### **Procedimiento**

El procedimiento consiste en pasar el cuestionario de la F.A.J.E.R. a los jugadores de máquinas tragaperras de un bar específico o de un centro recreativo con el fin de que lo respondan con la máxima sinceridad posible. También se podría realizar el cuestionario de forma verbal para facilitar lo máximo posible la realización del cuestionario por parte del jugador o jugadores en cuestión. Se informará a los sujetos de la finalidad y el proceso del estudio que vamos a realizar y se les pedirá su consentimiento para incluir y manejar sus datos. Dichos datos se manejarán de forma confidencial y anónima.

### **Tipo de diseño y estudio**

El diseño de investigación es el correlacional/observacional (comparación de variables). Se trata de un estudio transversal (una sola medida) ya que para nosotros es inviable estudiar al mismo sujeto a lo largo del tiempo.

### **Análisis de los datos**

Una vez realizado el cuestionario por parte de todos los participantes del estudio, los datos y resultados obtenidos deberán pasar por una depuración, codificación y un correcto y exhaustivo análisis. Todo esto se realizará con el programa SPSS.

Se realizará un análisis descriptivo con el uso de la media, varianza, desviación típica, moda, rango, desviación semi intercuartil, dependiendo de la simetría de los datos y

naturaleza de las variables. Además se realizará gráficos que ayuden a la comprensión y al análisis de los datos. Por último se utilizará una distribución T de Student con un nivel de confianza del 95%.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

Una vez obtenidos nuestros datos a través de los cuestionarios repartidos y tras haber analizado pertinentemente los mismos, serán más conocidos los factores que influyen en que un jugador social a las máquinas tragaperras pase a ser un jugador patológico.

Entendemos que para que un jugador llegue a ser patológico existen unos factores de riesgo tales como: el consumo de alcohol, el padecer algún tipo de trastorno depresivo, la disposición de tiempo libre y la posesión o disposición de dinero por parte de los sujetos objeto de estudio.

En este estudio se demostrará que la existencia de estos factores de riesgo en un jugador social determinarán en gran medida el hecho de que dicho jugador llegue a agravar, en un futuro, su condición de jugador social y pierda el control de sus impulsos ante una máquina tragaperras. Convirtiéndose en un período de tiempo en un jugador patológico, sufriendo de esta manera el trastorno de juego compulsivo (Ludopatía).

Por otra parte, con los resultados hallados esperamos dar un paso importante cara a la determinación de los factores de riesgo determinantes que llevarán a un jugador social a padecer un trastorno del juego compulsivo. Así, se dará un avance en el conocimiento, prevención y erradicación de dicho trastorno.

Por último, creemos que este estudio podrá ser de gran ayuda en futuras investigaciones y estudios relacionados con la ludopatía, ya que, es un trastorno psicológico dónde se puede continuar investigando e indagando teniendo en cuenta otros factores y otras variables.

## **REFERENCIAS**

López Jiménez, Ángela y colaboradores. (n.d.). Proyecto de investigación sobre ludopatías. Disponible en: <http://www.azajer.com/azajer-archivos/20011025031458884246/algunasconclusionesepidemiologico.pdf>



Saludalia. (2005). Ludopatía. Disponible en:

[http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web\\_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc\\_ludopatia.xml](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc_ludopatia.xml)

Varios autores. (n.d.). Tesis sobre investigaciones de ludopatía y sus causas. Disponible en: <http://www.tesismonografias.net/tesis-sobre-investigaciones-de-ludopatia-y-sus-causas/1/>

Salinas, José M. (F.A.J.E.R.). (n.d.). Cuestionario breve de diagnóstico del juego patológico. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/jp/test.htm>

Becoña Iglesias, Elisardo. (2001). El juego problema en los estudiantes de enseñanza secundaria. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72713404.pdf>



## **Influencia de las actividades extraescolares en el nivel de estrés de los niños**

---

**María Faber Rodríguez**

**Emilia Mellinas Mellinas**

**Leticia García Ferrero**

### **RESUMEN**

Nuestro estudio se centra en el estrés provocado por el exceso de actividades extraescolares a las que los niños de hoy en día están sometidos. Los padres de dichos niños se encuentran ocupados y por su falta de tiempo para estar con los hijos los someten a una cantidad excesiva de actividades extraescolares que repercuten en ciertas ocasiones negativamente sobre la salud física y mental del niño. Nuestro estudio va dirigido a niños de entre 9 y 10 años ya que desde nuestro punto de vista es una edad clave para la realización de actividades extraescolares. Por lo que seleccionaremos un grupo de niños y niñas de dicha edad y les aplicamos una encuesta realizada por nosotras.

## INTRODUCCIÓN

Las actividades extraescolares se desarrollan fuera del horario lectivo y se encargan de ofrecer a los alumnos una nueva formación académica, deportiva o creativa.

De este modo, pueden convertirse en un gran suplemento para aprender a desenvolverse en otros ámbitos que no se estudian en el colegio o que si se estudian pero que sirven de refuerzo. Aunque no sólo es una forma de entretenimiento y de aprendizaje para los niños, también es una ventaja para los padres que tengan jornadas laborales intensas y les falte tiempo para su hijo/a.

Es por esto que las actividades extraescolares actualmente son bastante solicitadas. Aunque no siempre existe la posibilidad de que el niño acuda a las actividades, ya que influyen factores como la economía familiar o el transporte. Pero cuenta con dos grandes soluciones; el desarrollo del niño y la despreocupación de los padres.

A parte de las actividades extraescolares que son las que mantendrían al niño distraído y a los padres con la seguridad de que se encuentra bien, existen cuatro categorías que se mantienen al margen de las actividades y que podrían clasificarse como otras formas de cuidado (Sarampote, Basett y Winsler, 2004).

La primera categoría sería el cuidado de la familia (Por ejemplo los abuelos). La segunda, tendría que ver con el cuidado de personas que no son de la familia del niño (como una niñera). La tercera trataría de actividades organizadas por el mismo colegio o por una empresa o asociación y por último el auto-cuidado, es decir, el niño se encontraría completamente solo.

El National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (NICHD) realizó en el 2004 un estudio en el que compararon dichas formas de cuidado y la asistencia a las actividades. Posteriormente, las contrastaron con los resultados de niños/as de 7 años. Éstos indicaron que los niños y niñas que tenían contacto con actividades extraescolares presentaban mejores notas en un test sobre problemas matemáticos que el resto de los niños que se identificaba con los cuidados nombrados anteriormente y por lo tanto, no practicaban actividades. Finalmente, el estudio concluyó que el niño que realizase este tipo de actividades, tendría mayor destreza en el ámbito académico y cognitivo.

El porcentaje en primaria de la práctica de actividades extraescolares en chicas y chicos es de un 85%. Así mismo, el Instituto Nacional de Estadística (INE), afirmó que uno de cada cuatro alumnos participaba en actividades en su propio colegio, mientras que uno de cada cinco lo hacía fuera de él. En cuanto a enseñanza, los colegios concertados es la que tiene más demanda de estudiantes para la realización de actividades (36,3% del colegio y un 29,6% que no son estudiantes del centro).

El informe del INECSE (2006), referente al año 2003, indicó que un 94% de alumnos de primaria practicaba al menos una actividad a la semana. Como se puede observar es un porcentaje muy alto, pero sin considerar que sólo se trata de una por semana, dato por el contrario bastante bajo.

Por otro lado, según el informe del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el 65% de los alumnos españoles practican deporte, mientras que un 17% informática, un 15% el ballet y un 35% los idiomas.

Algunas de estas actividades como el deporte mantienen a los niños en forma física y mejoran su psicomotricidad. Así como refuerzan los diferentes valores morales; el compañerismo, el espíritu de equipo, la competitividad y la superación

Por otro lado como actividades de ocio podríamos considerar la danza, ballet, teatro, que fomentan la imaginación.

La psicóloga de niños Michelle Kees asesora a familias y recalca la importancia de que las actividades no influyan negativamente. Podría considerarse como tal la alteración del sueño, la alimentación, ansiedad o el poco tiempo que les queda para compartir en familia. No obstante, anima a la realización de las extraescolares, respetando su equilibrio, para mejorar la sociabilización de los niños.

Cuenca (1999), sostiene que la educación en tiempo lectivo es beneficiosa para ayudar al desarrollo de la persona y la ganancia de conductas positivas.

Por otro lado, también hemos encontrado interesante realizar este estudio ya que no hemos encontrado suficientes estudios que mantengan una relación entre estas actividades y el bienestar de los niños, sino que se han centrado más en tratar sus beneficios y no en sus inconvenientes si se abusa de éstos.

**OBJETIVOS:***Pregunta problema*

- ¿De qué manera influyen las actividades extraescolares y el tiempo que dedican a ellas en los niños?

*Objetivo General*

- Evaluar en qué beneficia o perjudica al niño las actividades que realiza en función del tiempo que les dedica.

*Objetivos Específicos*

- Analizar si cuanto más actividades extraescolares el rendimiento del niño será menor.
- Evaluar la relación existente entre la autoestima del niño y la actividad que realiza.
- Comprobar si el nivel de estrés que puede desarrollar el niño está relacionado con las actividades extraescolares en las que participa.
- Estudiar la posibilidad de que si un niño cubre de actividades su tiempo, pueda repercutirle a su salud.

*Hipótesis*

- Si los niños están sometidos a muchas actividades extraescolares se verá perjudicado su rendimiento escolar.
- Si los niños están sometidos a muchas actividades extraescolares su autoestima se verá modificada.
- Los niños con actividades extraescolares tendrán un mayor nivel de estrés que aquellos que no las realicen.
- El niño que tenga un exceso de actividades será más propicio a desarrollar problemas de salud.

**MÉTODO****Participantes**

En nuestro estudio participarán 70 alumnos y alumnas de 4° de primaria del colegio Inmaculada Jesuitas, de entre 9 y 10 años, a excepción de repetidores.

El criterio de selección para realizar dicho estudio será simplemente la participación en actividades extraescolares llevada a cabo en el tiempo libre de los niños. Mientras que, nuestro criterio de exclusión se basará en los alumnos que no participan en ninguna actividad después del colegio, ya que someter a estudio a éstos no tendría sentido debido a que sólo queremos analizar el efecto en los que si practican dichas actividades.

### **Variables**

Estrés: nivel de ansiedad asociado a las actividades extraescolares que refiere a los niños de 10 años.

Rendimiento escolar: nivel de conocimientos adquiridos por el niño cuando tiene actividades extraescolares.

Autoestima: juicio personal que toma el niño respecto a su capacidad para desempeñar la actividad y su agrado al realizarla.

Salud: deterioro tanto emocional como físico del niño.

Se dispondrá de una serie de variables extrañas tales como la edad, el sexo y el curso de los niños.

Todas estas variables serán medidas en el cuestionario propuesto en el procedimiento de nuestro estudio.

### **Instrumento**

Las investigadoras realizarán un cuestionario que medirá cómo influyen las actividades extraescolares en los niños y se llama “repercusión de las actividades extraescolares en los niños” (Ver anexos). El cuestionario tendrá 9 ítems y cada ítem tendrá una respuesta abierta. No se usará una escala Likert o de otro tipo, el niño responderá lo que él considere.

La duración del cuestionario será de 10 minutos aproximadamente y el sujeto ha de contestar a todas las preguntas planteadas. Nuestro cuestionario medirá las variables estrés, rendimiento escolar, autoestima y salud.

Una vez que se hayan recogido los cuestionarios, procederemos a estudiarlos de forma detallada, centrándonos en las respuestas individuales de cada niño. Al final, en conjunto, llegaremos a una visión común de todos los resultados.

**Procedimiento**

En primer lugar, se acudirá al colegio Inmaculada Jesuitas para llevar a cabo el estudio. Para que se autorice poder repartir el cuestionario y un aula en concreto, las investigadoras se reunirán con la jefe de estudios Belén Cuenca. Posteriormente, una vez que se consiga la autorización, se realizará finalmente el cuestionario en la clase compuesta por los 70 niños y niñas de 9 y 10 años de edad. Las propias investigadoras repartirán la encuesta, la cual contestarán los alumnos/as de forma anónima, confidencial e individual.

**Tipo de diseño y estudio**

En lo que se refiere al diseño, se va a emplear un método de investigación correlacional, puesto que el objetivo del estudio es relacionar las variables entre ellas, no buscar una relación de causalidad. Se describirán las tendencias en las respuestas y si existe una relación clara entre el aumento de estrés en los niños y el número de actividades extraescolares. Además, se trata de un estudio transversal porque la muestra se recogerá en un momento determinado y de forma única, no habrá continuidad en el tiempo. Al no darse esta continuidad, se podrá llevar a cabo el estudio de una forma rápida y eficaz. Por último, señalar que el ambiente en el que se llevará a cabo el estudio será un ambiente cotidiano para los sujetos, no alterado y en el que se puedan sentir cómodos.

**Análisis**

El análisis de datos lo efectuaremos mediante un programa estadístico Pass 18 en el que se introducirán los datos: las variables y los sujetos con sus correspondientes puntuaciones. En primer lugar codificaremos las variables, con el objeto de saber si se trata de variables cuantitativas o cualitativas.

Para empezar se realizará un análisis descriptivo de los datos (media, desviación típica, frecuencia...) para evaluar la información. Recodificaremos los datos si fuera necesario, y llevaremos a cabo un análisis exploratorio de los datos con el fin de identificar sujetos extremos o ausencias de puntuación. Como estadístico de contraste, para poder comparar, utilizaremos la T de Student, con un margen de confianza del 95%.



## **RESULTADOS ESPERABLES:**

Partiendo de la hipótesis de que un niño tiene un mayor nivel de estrés al realizar actividades extraescolares (debido a que tiene menos tiempo de desarrollar sus actividades diarias propias de un niño, tales como realizar los trabajos del colegio, jugar, estar con los familiares etc.) El niño tendría que prescindir de la realización de las actividades cotidianas anteriormente citadas. De ahí surge la hipótesis de nuestro estudio.

Los resultados que se podrán encontrar son: los niños que no tienen actividades extraescolares presentan un nivel más bajo de estrés que los que las realizan. Por otra parte los niños con más ocupaciones tendrán menos tiempo libre para el resto de actividades diarias por lo que el nivel de estrés aumentará. También es importante destacar que el rendimiento escolar se verá afectado por la falta de tiempo y el cansancio propio de su día a día. Esto a su vez influye en la salud del niño y al estrés infantil que padecería a causa de una sobrecarga de actividades extraescolares. Este exceso de actividades puede producir en el niño dolores de cabeza, dificultades para conciliar el sueño, falta de apetito, etc. Así mismo, también influirá si el niño acude con agrado a la actividad. En este caso, los niveles de estrés serán menores que si el niño va forzado.

Por otro lado hemos encontrado que en los casos en los que los niños que han participado en las actividades extraescolares de forma moderada, éstas les han aportado diferentes beneficios. Como por ejemplo, la sociabilidad que desarrollan en ciertas actividades y la posibilidad de sentirse parte de un grupo que comparte sus mismos intereses. Éstas además permiten reforzar sus conocimientos en ciertas áreas y desarrollarlos, despertar inquietudes, fomentar la creatividad, desarrollar valores, etc.

## **REFERENCIAS:**

- Zapico, B. R. et al. (2009) Actividades extraescolares, ocio sedentario y horas de sueño como determinantes del sobrepeso infantil. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 59-66.
- Alonso, M. B (2008). *Actividades extraescolares y salud mental: estudio de su relación en población escolar de primaria*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

- Gueller, H. D. (2000). Niños muy ocupados, niños infelices. Recuperado el 29 de Abril de 2010, de <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=9792>
- Miguel Angel Sabogal G, M.A. (2005). Aprendizaje socioemocional de niños escolares. Recuperado el 1 de Mayo de 2010, de [http://www.acsam.com.co/Documentos/Profesionales/APRENDIZAJE\\_SOCIOEMOCIONAL\\_NINOS\\_ESCOLARES%5BPPT%5D.pdf](http://www.acsam.com.co/Documentos/Profesionales/APRENDIZAJE_SOCIOEMOCIONAL_NINOS_ESCOLARES%5BPPT%5D.pdf)
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández, F. J., Escobar, M., Maldonado, E. F. y Muñoz, A. M. Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21, 598-603, noviembre de 2009.
- National Institute of Chile Health and Human Development Early Child Care Research Network (2004). Are child developmental outcomes related to before and after-school care arrangements? Results form the NICHD Study of early child care. *Child Development*, 75(1), 431-456.
- Cuenca, M. (1999). Ocio y formación. Hacia la equiparación de oportunidades mediante la educación del ocio. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Parra, J.Á. et al. (2009). Los programas extraescolares como recurso para fomentar el desarrollo positivo adolescente. *Papeles del Psicólogo*, 3 (30), 265-275.
- Varela, G. L. (2006). Evaluación de programas extraescolares: importancia del nivel de participación en las percepciones sobre el tiempo libre, rendimiento académico y habilidad deportiva de los participantes. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e educación*. (13), 11-12.
- Instituto Nacional Estadística. (2009). Encuesta sobre gasto de los hogares en educación. (Módulo Piloto de la Encuesta de Presupuestos Familiares 2007).
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2002). Los hábitos lectores de los adolescentes españoles. Boletín CIDE de temas educativos, 10. Recuperado el 20 de abril de 2009 de [http://ca.www.mcu.es/libro/docs/MC/CD/habitos\\_lectura\\_jovenes.pdf](http://ca.www.mcu.es/libro/docs/MC/CD/habitos_lectura_jovenes.pdf)

## Factores que propician la hipocondría

---

**Carmen Tamara Rocamora Huesca**

**Aida Navas Giménez**

### RESUMEN

En esta investigación, hemos tratado de revisar toda la bibliografía relacionada con el tema de la hipocondría (la cual es escasa), con el objetivo de comprobar la existencia de factores determinantes en el desarrollo de la patología. Como no se han encontrado variables con una relación significativa, hemos propuesto *la necesidad de atención, el nivel de depresión, la observación de enfermedades ajenas y el miedo a la muerte* como posibles factores relevantes. Para comprobar la veracidad de esta propuesta, cogríamos una muestra de 100 sujetos de entre 40 y 65 años; los cuales complementarían dos encuestas sobre la hipocondría y las otras cuatro variables. Comprobando mediante los resultados que los sujetos con una elevada puntuación en dichas variables, serán más propensos a desarrollar dicha patología.

## INTRODUCCIÓN

Según el DSM-IV-TR “la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos.”. En este manual también se explica que la preocupación continúa a pesar de la revisión médica y que puede deteriorar la vida social o laboral del sujeto; empeorando si lee comentarios sobre enfermedades, si recibe la noticia de que alguien se pone enfermo o por la observación del propio cuerpo.

Según nos cuenta la Doctora A. León Padilla (1980) en “El análisis de la Hipocondriasis”, se da en pacientes con dificultad para relacionarse con los demás. Estos pacientes suelen presentar problemas fisiológicos reales asociados, ya que esta patología inhibe en parte sus impulsos básicos y provoca problemas en ciertos órganos. No obstante, según León Padilla, estos problemas son insuficientes como para tomarlos en cuenta o crear ninguna asociación. Otro dato importante que destaca la doctora es que se centran únicamente en sus dolencias y, a través de la enfermedad, buscan la seguridad que les falta para poder establecer relaciones sociales. Otro punto importante y que comparte con muchos autores, es la opinión de que estos individuos desarrollan la patología por el temor a la muerte y a la finitud temporal.

En el estudio realizado por R. Fernández Martínez y C. Fernández Rodríguez (1998) (“Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo”), se nombran las opiniones de diversos autores relevantes sobre la hipocondría. Por un lado, nos hablan de Kellner; este decía que entre un 10 y un 20% de la población existe una preocupación de padecer enfermedades asociadas a diversas molestias. Por otro lado, Barsky opinaba que en torno al 4% de los pacientes atendidos en los hospitales tenían unas creencias y unos miedos tan grandes que podían propiciar el sufrimiento de ciertas dolencias. También señalan en el estudio la opinión de Leventhal, que le daba una gran importancia a la personalidad a la hora de desarrollar la enfermedad. Como opinión de los autores citados al principio del párrafo, destacan la importancia de ciertos factores al inicio del trastorno que son desencadenantes del mismo (sufrimiento de alguna enfermedad, muerte de una persona cercana e información sobre patologías). Además, señalan que la forma de pensar y de actuar de los pacientes son claves para analizar el desarrollo de la misma.

Antes de pasar a los posibles tratamientos, destacamos la opinión de M<sup>a</sup> Pilar Martínez, Amparo Belloch y Cristina Botella (2001) en “Tendencias atribucionales en la

hipocondría: caracterización y cambios en el tratamiento”. En este trabajo, nos comentan que puede haber una relación directa entre el poder padecer hipocondría y los procesos cognitivos, donde destacan los sesgos interpretativos; es decir, los sujetos que padecen dicha patología interpretan erróneamente señales corporales (o, dicho de otra manera, la estimulación interoceptiva) como indicio de enfermedad. Esta relación establece que puede haber una dependencia a la hora de atender y percibir aquellas sensaciones corporales que puedan llevar al sujeto a pensar que puede estar padeciendo algún problema relacionado con su salud. Como propuesta futura, plantean la necesidad de conocer la relación existente entre las “interpretaciones catastróficas” de los síntomas y las tendencias atencionales (posibles factores que provocan su persistencia) y entre dichas interpretaciones y los “supuestos disfuncionales” que mantiene el paciente.

Para finalizar, un estudio bastante amplio y detallado sobre los posibles tratamientos de la hipocondría y su eficacia, es el realizado por R. Fernández y C. Fernández (2001) (ya citados anteriormente en referencia a otra investigación). Uno de los puntos más importantes que señalan, es la delicadeza que se debe tener a la hora de evaluar los síntomas o “dolencias” de los pacientes. Esto se debe a que, o bien se pueden realizar pocos estudios por la creencia de que sufre la patología (pasando por alto de esta forma una posible enfermedad física “subyacente”), o bien se puede empeorar el estado psicológico del paciente mediante la realización de demasiadas pruebas médicas. Como métodos para mitigar la patología, nos hablan, en primer lugar, de los fármacos; destacan la efectividad de los que tienen una función inhibitoria sobre la recaptación de serotonina (aunque faltan muchas pruebas para poder generalizar nada). En segundo lugar, exponen y verifican con diversos ejemplos la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales; las cuales obtienen resultados de forma rápida y cuyos efectos perduran tras haber finalizado el tratamiento (a pesar de requerir varias entrevistas para controlar que esto perdure en el tiempo). Dichas terapias se basan en “mostrarle” al paciente las interpretaciones erróneas que lleva a cabo, en ayudarlo a “reconstruir” dichas creencias, en exponerlo a situaciones relacionadas con la enfermedad previamente evitadas, en evitar que recurra al “reaseguramiento” (una segunda opinión), en proponerle técnicas de relajamiento y actividades que distraigan su atención, en mejorar su autoconfianza mediante la sugestión positiva respecto a su estado de salud y en hacerle comprender la influencia que su pensamiento tiene en su actividad corporal.

La finalidad de este trabajo es saber si se podría considerar la necesidad de atención, el estado anímico, las experiencias cercanas relacionadas con las enfermedades y el miedo a la muerte como factores propiciadores del desarrollo de la hipocondría.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Qué factores influyen en que una persona sea hipocondríaca?

### *Objetivo principal*

Estudiar qué factores pueden influir en que una persona sea hipocondríaca.

### *Objetivos específicos*

- Determinar la influencia que la necesidad de atención de un individuo tiene en el desarrollo de la hipocondría.
- Observar la relación existente entre el nivel de depresión en un sujeto y el desarrollo de la hipocondría.
- Analizar si el sufrimiento de una enfermedad en personas cercanas puede derivar en hipocondría.
- Determinar si el miedo a la muerte influye en que una persona sea hipocondríaca.

### *Hipótesis*

- Si un sujeto requiere la atención de los demás de forma constante, será más propenso a desarrollar la patología.
- Si un sujeto tiene un elevado nivel de depresión, será más propenso a desarrollar la patología.
- Si un sujeto ha observado una enfermedad que haya influido significativamente en él, será más propenso a desarrollar la patología.
- Si un sujeto tiene miedo a la muerte, puede desarrollar la patología con mayor facilidad.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Para llevar a cabo nuestra investigación, cogéramos a una muestra constituida de 100 personas de entre 40 y 65 años residentes en la provincia de Alicante. Preferentemente mujeres, ya que según algunos estudios realizados han llegado a la conclusión de que es más habitual que se desencadene en la población femenina. Por otro lado, el hecho de que nos centremos más en ellas se debe también a otros factores: una mayor predisposición a realizar encuestas y a contestar preguntas sobre su vida privada y una mayor concentración de población femenina en la sala de urgencias (ya sea porque un porcentaje importante sigue siendo ama de casa y dispone de más tiempo libre, o por el rechazo irracional que sienten algunos hombres a la hora de ir al médico; esto último está relacionado con creencias arraigadas y antiguas sobre la virilidad del hombre y la “histeria” de la mujer).

### **Variables**

-*Hipocondría*: Valoración subjetiva sobre el posible miedo que siente el encuestado hacia la posibilidad de tener síntomas que desemboquen en una enfermedad grave.

-*Necesidad de recibir atención*: Valoración del sujeto hacia la necesidad que siente de que las personas cercanas a él le atiendan y le complazcan.

-*Nivel de depresión*: Valoración subjetiva sobre el estado de ánimo en el que se encuentra el sujeto en el momento de la encuesta.

-*Observación de enfermedades ajenas*: Análisis de la experimentación previa en la contemplación de diversas enfermedades en personas cercanas al individuo.

-*Miedo a la muerte*: Valoración del sujeto sobre el temor que siente ante la posibilidad de morir.

### **Instrumentos**

Como nuestro objetivo en este trabajo es saber la relación existente entre las cuatro variables citadas anteriormente y el posible desarrollo de la hipocondría en un sujeto, hemos decidido crear nosotras mismas una encuesta en la cual midamos el grado de “necesidad de atención”, “depresión”, afectación por “observación de enfermedades ajenas” y “miedo a la muerte” y otra que mida exclusivamente el nivel o el grado de hipocondría de la persona encuestada (debido a la inexistencia de esta o a la dificultad

para encontrar una ya creada); para posteriormente comparar los resultados obtenidos en ambas encuestas. De esta forma, comprobaríamos si una elevada puntuación en las cuatro variables anteriormente citadas se correspondería con unos altos valores en la encuesta sobre dicha patología. No obstante, en lo referente a la encuesta sobre dicho trastorno, queríamos aclarar que solo es una propuesta de las preguntas claves que tendría un posible cuestionario sobre hipocondría; la cual debería ser completada con muchas más preguntas enfocadas a otros temas (para evitar la predisposición del sujeto a contestar como si realmente tuviera todos los síntomas o que un individuo que sí la padezca conteste con evasivas o mentiras). En el anexo, se encuentran adjuntas las dos encuestas, las cuales serán autoaplicadas (rellenadas o cumplimentadas por el propio sujeto); la primera con tres preguntas sobre cada variable y la segunda con diez cuestiones sobre el trastorno analizado.

### **Procedimiento**

Para acceder a la muestra con la que llevaríamos a cabo nuestro estudio, acudiríamos, en primer lugar, a un hospital público y solicitaríamos permiso al director del mismo para pasar nuestras encuestas; dejando claro que se trata de un estudio informativo y que respetaríamos el anonimato de los encuestados. Una vez conseguida la autorización, nos presentaríamos en el centro a partir de las 5 de la tarde; ya que a partir de esta hora es cuando en los hospitales hay una mayor concentración de gente (sobre todo durante la noche). Antes de pasar las encuestas, informaríamos a los pacientes del objetivo de nuestro trabajo y del anonimato de sus respuestas (haciendo hincapié en la importancia que tiene la sinceridad para nuestro estudio). Los datos los recogeríamos mediante las encuestas explicadas anteriormente, que serían rellenas por las personas que están esperando a ser atendidas en urgencias y pasadas por nosotras mismas. Destacamos el hecho de que estén en urgencias, porque pensamos que las personas con dicha patología o con predisposición a padecerla sienten un temor tan grande que necesitan que les realicen pruebas urgentes para “descubrir” que tienen y necesitan ser tratadas con la mayor antelación posible.

### **Tipo de diseño y estudio**

En primer lugar, diremos que el tipo de diseño del estudio que estamos llevando a cabo es correlacional; debido a que nuestro objetivo es realizar una comparación entre varias



variables centrándonos en la relación directa (positiva) o inversa (negativa) que tienen, es decir si al aumentar o disminuir una la otra tiene el mismo comportamiento o sucede todo lo contrario. Todo ello se debe a que este tipo de diseño se basa en la observación y el análisis de factores; sin reparar en las relaciones causa-efecto y sin manipular las variables. Como utilidades de este método encontramos que podemos realizar inferencias más precisa, que podemos analizar variables que son constructos hipotéticos (realidades no observables) y que respetamos la ética profesional.

En segundo lugar, diremos que se trata de un tipo de estudio transversal, es decir, en nuestra investigación realizaremos una sola recogida de datos. Hemos elegido este tipo de estudio porque presenta las siguientes ventajas: podemos llevar un control estricto referido a la elección de los sujetos y no requiere de un alto presupuesto económico ni de un seguimiento continuado.

### **Análisis de los datos**

Para llevar a cabo nuestro estudio serían necesarios los siguientes estadísticos: como nuestras variables son ordinales, calcularíamos la moda, la cual puede ser utilizada para saber cuál ha sido la respuesta más escogida por los sujetos que han realizado la encuesta, la mediana, para saber cuál es el valor que divide a los sujetos en dos partes iguales, la amplitud o desviación semi-intercuartil, por si en un futuro queremos comparar la variación existente en la variable con otro grupo medido en la misma, los percentiles, deciles y cuartiles, para distribuir al sujeto dentro de la distribución y así mismo poder realizar grupos, y, el último y más importante, el coeficiente de correlación (Tau-b de Kendal y Rho de Spearman), para saber si cada una de las cuatro variables mantienen con la variable “hipocondría” una correlación positiva (al aumentar o disminuir una, la otra imita su comportamiento), negativa (al aumentar o disminuir una, la otra hace lo contrario) o nula (no hay relación existente entre ambas). Sin olvidar, por supuesto, si existe entre ambas una correlación significativa y cual es el porcentaje que explica la variación de “hipocondría” en cada una de las cuatro variables. Otra buena forma de ver la información en un solo golpe de vista y sacar conclusiones de forma rápida es mediante los gráficos; entre los cuales podemos destacar, el diagrama de barras, el de “tallo y hoja” y el de “caja y bigotes”. Todos los estadísticos descritos anteriormente y los correspondientes gráficos se podrían obtener mediante el SPSS o PASW Statistics 18; programa que permite conseguir de forma fácil y completa

todos los datos necesarios en una investigación, para su posterior análisis e interpretación.

## **RESULTADOS ESPERABLES**

En el caso de que lleváramos a cabo dicha investigación llegaríamos a la conclusión de que nuestras variables mantienen una correlación positiva; ya que, cuando aumentan o disminuyen cada una de las cuatro variables elegidas como factores propicios para el desarrollo de la hipocondría, aumenta o disminuye la probabilidad de que el sujeto desarrolle dicha patología. Más concretamente, haciendo referencia a la primera de las variables, los sujetos que obtuvieran en la encuesta una puntuación elevada en las preguntas referidas a la necesidad de que le presten atención, probablemente serían más propensos a padecerla porque para ellos es muy importante conseguir llamar la atención de otras personas y de este modo lo consiguen. En lo referente a la segunda variable analizada, concluiríamos que las personas con una puntuación elevada en las preguntas sobre depresión, tendrían una alta posibilidad de desarrollarla; ya que cuando un sujeto tiene un estado de ánimo muy bajo es más susceptible a pensar que puede estar enfermo. En lo que respecta a la penúltima variable, podríamos decir que aquellos individuos con una puntuación elevada en las cuestiones sobre observación de una enfermedad en personas cercanas, serían más vulnerables a desarrollar la patología; debido a que, al estar tan implicado emocionalmente y ver cómo es el día a día de la persona y el sufrimiento que una enfermedad conlleva, puede sentir un gran temor a que le suceda lo mismo a él. Y para finalizar, centrándonos en la última variable, diríamos que los sujetos con una puntuación elevada en las cuestiones sobre el miedo a la muerte, están más predispuestos a sufrir hipocondría; es decir, aquellas personas que piensen de forma continua que cada uno de sus actos puede acabar de forma trágica, tendrán una mayor paranoia sobre el padecimiento de enfermedades. Seguramente, si tuviéramos que formular una conclusión final, propondríamos el seguimiento exhaustivo y la intervención en las cuatro variables analizadas en sujetos que muestran síntomas que reflejen un posible desarrollo en un futuro. O bien, si padecen hipocondría, aconsejaríamos un buen tratamiento a tiempo para solucionarla; basado en su necesidad

de atención, en su nivel anímico, en experiencias de sujetos cercanos que han padecido enfermedades y en su miedo a la muerte.

## **REFERENCIAS**

- Rafael, F.M., Concepción, F.R. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Coden Psoteg*, 10, (2), 259-270.
- Ana, L.P. (1980). Análisis de la hipocondriasis. *Médica Hondur*, 48, (5), 56-59.
- Pilar, M., Amparo, B & Cristina, B. (2001). Tendencias atribucionales en la hipocondría: caracterización y cambios con el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, (3), 143-165.
- Rafael, F.M., Concepción, F.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Coden Psoteg*, 13, (6), 407-418.



## **El síndrome de Gilles de la Tourette en el ámbito de las nuevas tecnologías**

---

**Almudena Andreu Cerdá**

**Elizabeth Cañas Pardo**

**Úrsula Martínez Quiralte**

### **RESUMEN**

El objetivo de nuestro estudio es observar la conducta en el contexto de sus relaciones en el ámbito tecnológico de los adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette. Para ello nos hemos trasladado hasta el Principado de Asturias lugar dónde se encuentra la Asociación del Principado de Asturias de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados, además de los diversos institutos de educación secundaria de donde procede nuestra muestra. Una vez iniciado el estudio, comenzaremos evaluando mediante la escala YGTSS las manifestaciones conductuales que presenten nuestros sujetos experimentales. También evaluaremos las conductas de los sujetos del grupo control para concluir finalmente si las conductas de ambos grupos se ven influenciadas en diversos ámbitos.

## INTRODUCCIÓN

Se conoce como síndrome de Gilles de la Tourette un trastorno neurológico que se caracteriza por movimientos involuntarios repetidos y sonidos vocales incontrolables e involuntarios que se llaman tics. Generalmente, este síndrome suele ser heredado y generado por una deficiencia en la química cerebral (Dowling, 1995). Además, investigaciones actuales, revelan la existencia de anomalías en ciertas regiones del cerebro.

El trastorno lleva el nombre del doctor George Gilles de la Tourette, neurólogo pionero francés, quien en 1885, diagnosticó la enfermedad en una noble francesa de 86 años.

Por lo general, los síntomas del Síndrome de Gilles de la Tourette se manifiestan en el individuo antes de los 18 años de edad, iniciándose primordialmente, entre los 7 y 10 años (Kurlan, 1989; Comings, 1990). Con una frecuencia de entre 3 o 4 veces, es mayor en hombres que en mujeres.

Aunque los síntomas persisten durante toda la vida, en la mayoría de los casos se produce una mejoría al superar la fase tardía de la adolescencia y posteriormente la madurez.

El síntoma de iniciación más frecuente es el tic que se desencadena con el parpadeo, seguido por el que aparece al sacudir la cabeza o realizar un gesto facial. La mayoría de los síntomas motores complejos o vocales aparecen varios años después de los síntomas iniciales.

Los tics corporales más frecuentes, el 66% de los casos, (Kurlan, 2001), son aquellos que afectan la cabeza y el cuello, como: morder, cabecear, etc. Con menos frecuencia aparecen los que afectan a las extremidades: sacudir las manos o los brazos, apretar los puños, encoger los hombros, peculiaridades de la marcha, retorcer el cuerpo y saltar. Existen otros tics que afectan a los sistemas respiratorio y digestivo: hipo, bostezar, aspirar, eructar, carraspear, etc. Aunque los tics se pueden suprimir temporalmente, están fuera del control voluntario y el individuo experimenta un aumento de la tensión emocional que sólo se alivia cuando se ejecuta el tic.

Es característico de la enfermedad la presencia de múltiples tics vocales, que provocan sonidos como chasquidos, gruñidos, ladridos, aullidos, olfateo, vocalizaciones automáticas, impulso a proferir obscenidades, el 13% de los casos, (Bruun, 1988) y coprolalia (voces y frases referentes a excrementos y porquerías).

También encontramos ecocinesis (imitación de movimientos de alguna persona que está siendo observada por el paciente), palilalia (repetición de las propias palabras o frases), ecolalia (repetición automática y sin sentido de las palabras o frases de otros), pensamientos obsesivos de duda, e impulsos compulsivos de tocar cosas o efectuar movimientos complicados.

No hay cura para el síndrome de Gilles de la Tourette pero los síntomas pueden también atenuarse mediante la relajación o la concentración en una actividad (Hagin, 1993). Aunque en algunas personas ocurren mientras duermen, suelen desaparecer durante el sueño. También mediante fármacos neurolépticos que a largo plazo pueden causar un trastorno de movimiento involuntario que se llama discinesia tardía.

Por otro lado, respecto al uso de las nuevas tecnologías, la edad de los usuarios ha tendido a disminuir y habitualmente el predominio de su utilización es mayor en personajes masculinos. Por este hecho los adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette están más próximos a las relaciones con estas tecnologías, sobre todo a Internet pues el 57,5% lo utiliza para chatear (Rodríguez, Megías, Calvo, Sánchez y Navarro, 2002).

La utilización creciente de un ordenador en el domicilio es una forma de comportamiento determinado por el entorno social, laboral e informático que rodea al individuo, tanto en el propio domicilio como fuera de él. Sin embargo, la espectacular entrada de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías en la sociedad, ha desencadenado una preocupación social por la gran influencia que ejerce sobre los adolescentes, ya que se le tiende a juzgar como negativa.

Además estos nuevos ámbitos promueven a los padres a prestar mayor atención a las amistades de sus hijos por chat y por móvil, además del control de los programas de televisión, videojuegos, etc.

Nos interesa estudiar este caso por el hecho de que no existen estudios previos de este tipo, ya que todos los realizados se han centrado en investigaciones mediante ensayos clínicos.

Nuestro propósito es estudiar si es posible que los adolescentes con síndrome de Gilles de la Tourette puedan controlar sus tics en relación con las nuevas tecnologías y mantener así conversaciones más tranquilas que las que mantienen en situaciones cara a cara.

## **OBJETIVOS**

### *Pregunta problema*

¿Cómo actúa el individuo con la enfermedad de Gilles de la Tourette en el ámbito de las nuevas tecnologías?

### *Objetivo general*

Analizar la conducta del individuo con el síndrome de Gilles de la Tourette en el ámbito tecnológico.

### *Objetivos específicos*

- Observar la conducta del sujeto dentro de una red social.
- Estudiar la conducta del individuo durante una conversación por webcam.
- Atender la actuación que presenta la persona con el síndrome de Gilles de la Tourette mediante una conversación por teléfono o móvil.

### *Hipótesis*

- El enfermo con el síndrome de Gilles de la Tourette desarrollará una conducta con menos tics en el ámbito de las nuevas tecnologías.
- El sujeto con la enfermedad, controlará en mayor medida su conducta habitual con manifestación de tics, dentro de una red social.
- Durante una conversación por webcam, el sujeto experimentará la misma conducta que en el ámbito social.
- Al establecer una comunicación vía telefónica, efectuará una conducta intermedia.



## **MÉTODO**

### **Participantes**

Para realizar nuestra investigación hemos estudiado el comportamiento de adolescentes, tanto chicos como chicas de edades comprendidas entre 14 y 18 años que padecen el síndrome de Gilles de la Tourette, según los criterios establecidos por el DMS-IV-TR, y posteriormente lo compararemos con un grupo de la misma edad que no lo padezca, con el propósito de demostrar que una comunicación a través de las nuevas tecnologías, no tiene porqué provocar situaciones estresantes a los adolescentes con el síndrome de Gilles de la Tourette .

Los criterios de inclusión en los que nos hemos basado para la selección en el rango de edades entre 14 y 18 años se debe a que los tics se encuentran en su auge de manifestación, a pesar de que se inician antes de los 14, y porque a esa edad es cuando se hace un mayor uso de las nuevas tecnologías.

Los sujetos con síndrome de Gilles de la Tourette reclutados para nuestro estudio se localizan en la Asociación del Principado de Asturias de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados.

El grupo con el que lo vamos a comparar lo vamos a estudiar dentro varios institutos de Asturias. Serán alumnos matriculados en la asignatura de Informática.

### **Variables**

Las variables que vamos a utilizar en nuestro estudio son:

- La conducta verbal y motora de los adolescentes con Síndrome de Gilles de la Tourette.

Nos referimos a la conducta de nuestros sujetos experimentales como las manifestaciones de tics, tanto motores como fónicos, e incluso aquellos trastornos del comportamiento.

En nuestro estudio la mediremos valorando, tanto la frecuencia como la intensidad, la presencia de coprolalia (mencionar obscenidades), ecolalia (repetición de palabras o frases de otras personas) y tics motores (manoseo de objetos, saltar, brincar, agacharse, etc.), vocales (aclarar la garganta, el olfateo/resoplido, gruñidos o ladridos) o movimientos automutilantes (golpearse la cara).

Nuevas tecnologías.

Utilizaremos todos aquellos dispositivos más utilizados por los adolescentes, y en este caso por los sujetos de nuestra investigación: Móvil, webcam y red social.

Estas variables serán medidas mediante la valoración número de veces que durante la conversación vía red social, webcam o móvil, desencadena en nuestros sujetos una conducta verbal y motora impulsiva y de alta intensidad que pueda ser considerada como tics comunes al ST.

*Variables extrañas:* Género y edad.

La edad y el género de nuestros sujetos serán seleccionados de la manera adecuada para obtener como resultado una muestra homogénea.

### **Instrumento**

El instrumento de medida habitualmente utilizado para valorar la gravedad clínica del Síndrome de Gilles de la Tourette es la Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS), publicada por Leckman en 1989, que también se utiliza para valorar otros cuadros clínicos que cursan con tics.

Se les cuestiona a padres y profesionales que observan a dichos sujetos con tics, mediante una entrevista sobre el estado del paciente en la última semana.

El procedimiento consiste en enumerar un listado de tics y a continuación puntuarlos. Está dividido en tres subescalas: tics motores, tics fónicos y discapacidad que ocasionan los tics. Dentro de cada escala de tics, se valoran el número, frecuencia, intensidad, complejidad e interferencia con la vida cotidiana que ocasionan los tics.

La escala tiene una puntuación máxima de 100, haciendo referencia a los primeros 50 puntos de la existencia de tics, tanto motores (25 puntos) como fónicos (25 puntos). Los otros 50 puntos hacen referencia a la discapacidad o afectación psicológica que supone para el adolescente el hecho de manifestar tics.

### **Procedimiento**

El propósito de nuestro estudio es obtener una muestra representativa de sujetos con síndrome de Gilles de la Tourette, que cumplan los requisitos que queremos

---

evaluar, es decir, que sean jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 18 años y que tengan contacto con las nuevas tecnologías.

En primer lugar es importante contar con el permiso de sus padres o tutores de todos aquellos sujetos que vayan a participar en la investigación, ya que pueden resultar útiles para llevarla a cabo. Para ello debemos informarlos del procedimiento de la investigación y contar así con su consentimiento para que sus hijos, aquellos menores de edad y también los mayores, participen en ella. También necesitaremos el permiso de la presidenta del centro, Doña Isabel Riera para que nos facilite el acceso a los jóvenes, y a sus asesores médicos, quienes nos asesorarán su valoración antes de iniciar la selección de los pacientes.

Es necesario contar con el consentimiento de los sujetos, para ello se les entregará un documento de Consentimiento Informado, además de la información limitada en la que se explique que se someten a un estudio en el que posteriormente serán evaluados con la YGTSS, pero sin dar más detalles que puedan influir en los resultados. Con ello se pretende ratificar la participación de cada uno de ellos.

Utilizaremos como ayudantes a los diferentes colaboradores del centro, especializados en diversas disciplinas que afectan a los sujetos. Para ello necesitaremos que éstos se integren entre el espacio social de los adolescentes para observar la conducta que estos presentan, sobre todo en los ámbitos que incluyan móviles, Internet y webcam. Deberán observar si los comportamientos en estas áreas son iguales a los realizados en una conversación cara a cara.

Los padres también pueden ayudarnos en la investigación, observando en sus propias casas, la conducta de sus hijos cuando utilizan las nuevas tecnologías.

En primer lugar se puntuará tanto la conducta como los tics que los sujetos con el síndrome de Gilles de la Tourette muestran en el ámbito social, para poder llegar a concluir si los tics se inhiben dentro de un entorno involucrado en el ámbito de las nuevas tecnologías.

Una vez puntuada la conducta de nuestros sujetos experimentales en su entorno habitual, se proseguirá la investigación en las aulas de informática que tiene el centro. Éstas dispondrán de cuidadores que conozcan el instrumento para determinar si realmente es un tic lo que manifiestan o no es un tic que pueda medirse dentro de la escala YGTSS. Los sujetos experimentales podrán utilizar los ordenadores para todo tipo de uso con expectativas de que sea dentro de una red social. Se les facilitará al

mismo tiempo, que los ordenadores dispongan de webcam para que puedan efectuar una conversación más real. Los cuidadores deberán estar pendientes ante cualquier cambio o reacción durante las conversaciones dentro de una red social, tendrán que apuntar la hora, el sujeto y el tipo de tic que se ha padecido para después leer la conversación que ha sido guardada y determinar qué lo ha desencadenado.

No se les prohibirá el uso de teléfonos móviles durante el tiempo que esté en el centro para evaluar una conversación vía teléfono móvil si se da el caso. Se seguirá un procedimiento similar al anterior, apuntando el tic que desencadene esa conversación.

Se continuará el estudio en casa, siendo los padres en este caso los colaboradores que evalúen a sus hijos según la escala YGTSS, también serán ellos los que tendrán observarlos mientras los sujetos están haciendo uso del ordenador dentro de una red social o del móvil.

Por otro lado, el grupo control será un grupo de sujetos matriculados en Informática, éstos serán observados por los profesores de la asignatura, para no levantar sospechas, y durante las horas de clase, permitiéndoles el profesor un tiempo de ocio para que facilite el uso de redes sociales y con ello nuestra investigación. Al igual que con los sujetos experimentales, las conversaciones de estos también serán guardadas y leídas posteriormente, para ver si existe una relación entre la conducta y la conversación.

La conducta mientras hablan por móvil, será evaluada durante el recreo por los profesores de guardia, quienes lo medirán con el mismo procedimiento. También contamos con la colaboración con los padres quienes los observarán en casa tanto con conversaciones por redes sociales o por vía telefónica. Cabe destacar que con el grupo control no se utilizará la escala YGTSS y sólo se describirán los comportamientos en términos de posibles tics y otros gestos.

### **Tipo de diseño y estudio**

En el estudio que pretendemos llevar a cabo vamos a utilizar el método observacional. No pretendemos modificar la conducta de los sujetos introduciendo variables y sometiendo a nuestras hipótesis a experimentos, sino que nos limitamos a que se produzcan variaciones naturales y a observar el comportamiento en un ámbito natural ajeno al laboratorio, es decir, un estudio de campo.

Por otro lado, también se puede definir como un estudio transversal, pues sólo tomaremos las medidas en un momento determinado.

### **Análisis de datos**

Tras haber realizado la recogida de datos y posteriormente haberlos introducido en el SPSS. Se analizarán en conjunto y por separado la evolución de los tics motores y fónicos. Se realizará una estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Evaluaremos la puntuación de la YGTSS en el grupo experimental, así como su correspondiente coeficiente de variación. Esto último también será aplicado a las puntuaciones de nuestro grupo control.

Por último, los resultados de las medias de ambos grupos los compararemos con la T-Student que nos ayudará a concretar si existen diferencias entre estos.

### **RESULTADOS ESPERABLES**

Tras llevar a cabo nuestra investigación, esperamos obtener los siguientes resultados sobre los sujetos con síndrome de Gilles de la Tourette:

- Después de estudiar la conducta de los sujetos en el ámbito de las nuevas tecnologías, se observará una disminución de tics, aunque estos no desaparezcan por completo. Sin embargo, observaríamos que el grupo control dentro del contexto establecido habría presentado una conducta más influenciada por la manifestación de tics y gestos bruscos.
- También se comprobará que los sujetos con síndrome de Gilles de la Tourette pueden controlar más fácilmente los tics dentro de una red social que si se diese en un ámbito social.
- Sin embargo, cuando nuestros sujetos se vean expuestos a una conversación vía webcam se esperará observar una frecuencia e intensidad en los tics muy similar a la que se dará en el entorno social, puesto que habrá un contacto visual entre los usuarios que mantendrán la conversación.
- Al verse, los sujetos, expuestos a una conversación telefónica creemos que probablemente mantendrán un número elevado de tics, pero con una intensidad

y frecuencia menor que aquella que se dará en un ámbito social o por medio de la webcam.

## REFERENCIAS

- Oriele Montezuma del Castillo. (2003). El rol del psicólogo en el síndrome de Tourette. *Persona*, 6, 151-178.
- R. García López, E. Perea-Milla, J. Romero-González, F. Rivas-Ruiz, C. Ruiz-García, E. Oviedo-Joekes, M. de las Mulas-Bejar. (2008). Adaptación al español y validez diagnóstica de la Yale Global Tics Severity Scale. *Revista de Neurología*, 46 (5), 261-266.
- Cecilia Castaño Collado. (2009). Los usos de Internet en las edades más jóvenes: algunos datos y reflexiones sobre hogar, escuela, estudios y juegos. *Participación educativa*, 11, 77-93.
- F.X. Castellanos a, M.T. Acosta. (2004). Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Revista de Neurología*, 38, 124-130.
- Paula Alonqueo Boudon y Lucio Rehbein Felmer. (2008). Usuarios habituales de videojuegos: una aproximación inicial. *Última Década*, 29, 11-27.
- Ópez-Ibor Aliño, J.J. y Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- García López, R. (2006). *Nuevos enfoques terapéuticos para el Síndrome de Tourette en niños*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Sevilla, España.
- Dowling, R. (1995). *Guide to the diagnosis and treatment of Tourette syndrome*. Nueva York: TSA INC.
- Comings, D.E & Comings B.G. A controlled family history study of Tourette's syndrome. II: afective and other disorders. *J. Clin psychiatry*, 51, 288-291.
- Kurlan, R. (2001). Prevalence of tics in schoolchildren and association with placement in special education. *Neurology*, 57, 1383-8.
- Bruun, R.D. (1988). Subtle and underrecognized side effects of neuroleptic treatment in children with Tourette's disorder). *Am J Psychiatry*, 145, 621-624
- Hagin, R. (1993). *Tourette syndrome & the school psychologist*. Bayside. Nueva York: TSA INC.

- Kugler, J. (1988). School problems associated with Tourette's syndrome. En: Cohen, D.J. Bruun, R. D. Leckman, J.F. (Ed.), *Síndrome de Tourette y los trastornos de tics: comprensión clínica y tratamiento* (223-236). NY: John Wiley & Sons,.
- Rodríguez, Megías, Calvo, Sánchez y Navarro. (2002). *Jóvenes y videojuego: espacio, significación y conflicto*. Madrid: Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) e INJUVE.
- Leckman JF. (1989). The Yale Global Tics Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 566-73.
- Instrumento YGTSS. Disponible en: <http://fundamentos de psicología\Adaptación al español y validez diagnóstica de la Yale Global Tics Severity Scale - APTT Asociación española para Pacientes con Tics y Síndrome de Tourette.mht>
- Asociación del Principado de Asturias de síndrome de tourette y trastornos asociados. Disponible en: <http://fundamentos de psicología\Asociación del Principado de Asturias de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados.mht>